Aksesbilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Agung Dwi Laksono
Rofingatul Mubasyiroh
Turniani Laksmiarti
Enung Nurhotimah
Suharmiati
Noor Edi Sukoco

Editor:
Prof. Dr. dr. Stefanus Supriyanto, MS
Dr. Djazuly Chalidyanto, SKM., MARS
Ratna Dwi Wulandari, SKM., M.Kes

Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Agung Dwi Laksono - Rofingatul Mubasyiroh
Turniani Laksmiarti - Enung Nurhotimah
Suharmiati - Noor Edi Sukoco

PENERBIT PT KANISIUS

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terimakasih kami sampaikan kepada Kepala Pusat Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan, Kementerian Kesehatan yang telah memberikan dukungan finansial untuk penerbitan buku ini.

Kata Pengantar

Kepala Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI.

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan YME karena dengan izin-Nya, buku *Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia* ini dapat dirampungkan. Buku ini menampilkan secara luas dan komprehensif aksesibilitas pelayanan kesehatan di Indonesia.

Buku ini mencoba menelisik kesenjangan yang terjadi antara wilayah kabupaten dengan kota, dan antara wilayah miskin dan non-miskin pada semua pelayanan kesehatan yang tersedia, baik tenaga maupun fasilitas pelayanan kesehatan. Hasilnya menunjukkan bahwa memang pada hampir semua kategori kesenjangan tersebut tengah terjadi. Kesenjangan tidak terjadi hanya pada sisi *supply* antara daerah miskin dan non-miskin saja.

Secara studi kasus, buku ini juga mengupas secara detail tentang aksesibilitas di Kabupaten Gresik dan Kabupaten Maluku Tenggara Barat. Sisi *supply*, *barrier,* ataupun *demand* dibahas dengan melibatkan data laporan rutin, data survei Riskesdas dan Rifaskes serta pandangan dari para *policy maker* di tingkat kabupaten maupun dari para pelaku lapangan secara langsung.

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada tim penulis, para informan Dinas Kesehatan, Puskesmas, dan masyarakat yang telah berkenan memberikan informasi. Tak lupa juga kami haturkan terima kasih pada semua pihak yang telah membantu dan memberi dukungan sehingga penulisan buku ini dapat selesai.

Buku ini tentu saja masih jauh dari sempurna. Karenanya, kami membuka diri untuk setiap masukan dan berharap saran demi kebaikan di masa mendatang. Semoga bisa menjadi manfaat.

Dr. Dede Anwar Musadad, SKM., M.Si

Daftar Isi

Daftar Tabel

Daftar Gambar

Daftar Lampiran

BAB 1

Pendahuluan

Aksesibilitas pelayanan kesehatan adalah kemampuan setiap orang dalam mencari pelayanan kesehatan sesuai dengan yang mereka dibutuhkan. Dimensi akses meliputi secara fisik (termasuk masalah geografis), biaya, maupun akses secara sosial.

Aksesibilitas pelayanan kesehatan di Indonesia masih merupakan sebuah masalah. Masalah tersebut merupakan sebuah konsekuensi dari kondisi geografis Indonesia sebagai negeri kepulauan serta kondisi topografis yang bisa sangat ekstrim antarwilayah.

Disparitas aksesibilitas pelayanan kesehatan disinyalir berbanding lurus dengan ketimpangan pembangunan yang digambarkan sebagai dikotomi Jawa-Bali dengan Non Jawa-Bali, atau Kawasan Barat Indonesia dibanding Kawasan Timur Indonesia. Ketimpangan tidak hanya terjadi pada ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, alat, dan teknologi, tetapi juga pada ketersediaan tenaga kesehatan pada masing-masing wilayah.

Keberadaan fasilitas kesehatan dasar Puskesmas, menurut hasil survei, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 menunjukkan disparitas sekitar 20,9%. Jumlah rumah tangga yang mengetahui keberadaan Puskesmas paling tinggi di Provinsi Bali (sebesar

95,5%), sedangkan posisi terendah adalah Provinsi Bengkulu (sebesar 74,6%).[1]

Disparitas lebih besar terjadi pada fasilitas kesehatan lanjutan. Hasil survei Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 menunjukkan bahwa jumlah rumah tangga yang mengetahui keberadaan Rumah Sakit Pemerintah di Provinsi Bali sebesar 88,6%, sedangkan posisi terendah adalah Provinsi Nusa Tenggara Timur sebesar 39,6%. Sedangkan terkait keberadaan Rumah Sakit Swasta, jumlah paling tinggi rumah tangga, yang mengaku bahwa ada RS Swasta di sekitar rumahnya, ada di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (mencapai 82,4%), dan jumlah paling rendah ada di Provinsi Sulawesi Barat (sebesar 15,1%).[2]

Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan tidak berbeda dengan ketersediaan tenaga kesehatan. Tampak pula disparitas yang sama. Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 mencatat bahwa jumlah rumah tangga di Provinsi Bali yang mengaku mengetahui keberadaan dokter praktik atau klinik di sekitar rumahnya mencapai 82,7%. Sedangkan jumlah rumah tangga di Provinsi Nusa Tenggara Timur yang mengakui hal yang sama hanya mencapai kisaran 19,3% saja. Catatan tentang keberadaan bidan praktik lebih ekstrem lagi. Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 mencatat bahwa jumlah rumah tangga di Provinsi Bali yang mengaku mengetahui keberadaan bidan praktik di sekitar rumahnya mencapai 85,2%. Sementara itu, jumlah rumah tangga di Papua mencatat nilai terendah. Jumlah rumah tangga di Papua yang mengaku mengetahui keberadaan bidan praktik di wilayahnya hanya mencapai kisaran 9,9%.[3]

---

[1] Lih. Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI, 2013a. *Riset Kesehatan Dasar dalam Angka Tahun 2013*. Jakarta: Balitbangkes. hlm. 6.

[2] Lih. Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI, 2013a. *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013*. Jakarta: Balitbangkes. hlm. 66-71.

[3] *Ibid.*

Senada dengan hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013, studi yang dilakukan oleh Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Universitas Gadjah Mada dengan jejaring perguruan tinggi lain (2013) dalam rangka *monitoring* Jaminan Kesehatan Nasional, mencatat kesenjangan pemerataan antarwilayah. Jumlah tenaga dokter spesialis di Provinsi Nusa Tenggara Timur hanya pada kisaran 65 dokter spesialis untuk sekitar 4,6 juta penduduk. Sedangkan tenaga dokter spesialis di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta berjumlah sekitar 1.300 spesialis untuk sekitar 3,5 juta penduduk.[4]

Berdasarkan informasi fakta ilmiah dan fakta empiris tersebut, diperlukan sebuah pemetaan tingkat aksesibilitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Pemetaan ini penting dilakukan untuk melihat upaya pemerataan yang sudah dilakukan, sekaligus sebagai penentuan prioritas pembangunan untuk peningkatan aksesibilitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Pemetaan tingkat aksesibilitas akan dilakukan melalui sebuah indeks aksesibilitas yang dikembangkan melalui 3 (tiga) sub indeks, yaitu: *supply* (ketersediaan), *barrier* (hambatan), dan *demand* (pemanfaatan).

Bagaimana Membaca Buku Ini?

Buku *Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia* ini terdiri atas 5 (lima) bab. Setiap bab disusun secara berurutan mulai dari yang bersifat umum sampai yang bersifat khusus, berupa studi kasus pada 2 (dua) wilayah kabupaten.

Bab pertama adalah bab pendahuluan yang menjadi alasan dan latar belakang penulisan buku ini. Pada bab pembuka ini kondisi riil hasil survei Riskesdas secara kuantitatif dipaparkan secara singkat.

[4] Lih. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Universitas Gadjah Mada (2013). *Monitoring* Jaminan Kesehatan Nasional. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.

Bab kedua lebih merupakan studi pustaka tentang aksesibilitas pelayanan kesehatan. Pada bab ini diuraikan mengenai indikator aksesibilitas, hambatan-hambatan yang bisa menurunkan aksesibilitas pelayanan, serta potensi yang mungkin bisa dimanfaatkan untuk memperbesar akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

Bab ketiga adalah bab yang menuliskan tentang Indeks Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia. Pada bab ini penulis mencoba mengkuantifikasi aksesibilitas pelayanan kesehatan berdasarkan indikator *supply, barrier,* dan *demand* dari pelayanan kesehatan.

Bab keempat dan kelima adalah bab yang menceriterakan studi kasus aksesibilitas pelayanan kesehatan di dua kabupaten yang berbeda. Bab 4 membahas studi kasus di Kabupaten Gresik, sedang bab 5 menguraikan studi kasus di wilayah kepulauan Kabupaten Maluku Tenggara Barat.

Daftar Pustaka

Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI. 2011. *Riset Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tahun 2011*. Jakarta: Balitbangkes.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI. 2013a. *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013*. Jakarta: Balitbangkes.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI. 2013b. *Riset Kesehatan Dasar dalam Angka Tahun 2013*. Jakarta: Balitbangkes.

Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Universitas Gadjah Mada (2013). *Monitoring* Jaminan Kesehatan Nasional. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.

BAB 2

Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan

Agung Dwi Laksono

Prioritas bersama untuk mewujudkan akses universal mencerminkan keyakinan bahwa akses pelayanan kesehatan membutuhkan prasyarat peran lebih aktif dari anggota masyarakat.[5] Hal ini juga menjadi prasyarat keberhasilan implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia, yaitu perluasan masyarakat yang menjadi anggota dalam Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan.

Pada bab ini akan diuraikan mengenai empat hal yang berhubungan dengan aksesibilitas masyarakat ke pelayanan kesehatan. *Pertama,* pengertian dan definisi aksesibilitas pelayanan kesehatan. *Kedua,* indikator yang berpengaruh. *Ketiga,* hambatan yang bisa mengurangi akses. *Keempat,* strategi yang bisa dilakukan untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

---

[5] Lih. Busse, Reinhard, Markus Wörz, Thomas Foubister, Elias Mossialos, Philip Berman. 2006. *Mapping Health Services Access: National and Cross-Border Issues (HealthACCESS).* Berlin: Berlin University of Technology.

A. Pengertian Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan

Banyak sekali definisi akses ataupun aksesibilitas pelayanan kesehatan yang diusulkan oleh para ahli, yang memfokuskan kajiannya pada kinerja pelayanan kesehatan. Beberapa definisi yang diusulkan pun dibangun dengan unsur yang mirip, meski juga beberapa yang lain dibangun dengan unsur yang sama sekali berbeda.

Menurut Jones[6] pengertian akses pelayanan kesehatan adalah kemampuan setiap individu untuk mencari pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Akses pelayanan kesehatan medis dapat diukur dalam ketersediaan sumber daya dan jumlah orang yang memiliki asuransi untuk membayar penggunaan sumber daya.[7]

---

[6] Lih. Jones, Stephen G., 2012. "Development of Multi-dimentional Health Care Access Index". *Proceeding*. ESRI Health Geographical Information System Conference.

[7] Para pengusung paham ini biasa disebut *libertarian*. Baca Lane, Nancy M., A.Y. Lutz, K. Baker, T.R. Konrad, T.R. Ricketts, R. Randolph, C. Tran, C.A. Beadles, 2012. *Health Care Costs and Access Disparities in Appalachia.* Washington: Appalachian Regional Commission.

Tabel 2.1 Definisi dan Dimensi Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan

Sumber	Definisi	Dimensi
Bashshur dkk., 1971	Memandang aksesibilitas sebagai hubungan fungsional antara masyarakat, fasilitas medis dan sumber daya, yang mencerminkan diferensial salah satu kendala, hambatan dan kesulitan, atau faktor yang memfasilitasi para penerima manfaat pelayanan kesehatan.	Faktor determinan masyarakat untuk memanfaatkan unit pelayanan kesehatan.
Donabedian, 1973	Aksesibilitas merupakan gabungan konsep tingkat penyesuaian antara sumber daya dan populasi.	Kesesuaian need masyarakat dengan sumber daya pelayanan kesehatan.
Salkever, 1976	Aksesibilitas merupakan gabungan atribut dari sumber daya dan atribut dari populasi	• Aksesibilitas Pembiayaan • Aksesibilitas Fisik
Aday & Andersen, 1974	Akses adalah “masuk” ke dalam sistem pelayanan kesehatan.	• Faktor Predisposi • Faktor Pemungkin • Kebutuhan terhadap Pelayanan Kesehatan
Penchansky & Thomas, 1981		• Keterjangkauan • Aksesibilitas • Akomodasi • Ketersediaan • Akseptabilitas

Sumber	Definisi	Dimensi
Thomas, J.W., Penchansky, R., 1984	Penchansky menawarkan alternatif pendekatan untuk memahami akses yang berfokus pada elemen kunci yang mempengaruhi pelayanan. Penchansky menawarkan konsep "fit" (kesesuaian) antara kebutuhan pasien dan kemampuan sistem dalam memenuhi kebutuhan tersebut.	• Ketersediaan: jumlah tenaga dokter dan pelayanan kesehatan lainnya • Aksesibilitas: kaitan secara geografis antara provider pelayanan dengan masyarakat sebagai pengguna • Akomodasi: sistem pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan kemudahan pemanfaatan (jam buka, waktu tunggu, dan panjangnya waktu tunggu untuk janji pelayanan) • Keterjangkauan: kemampuan finansial masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan. • Akseptabilitas: direpresentasikan dengan sikap pengguna terhadap pelayanan, dan sebaliknya.
Dutton, 1986	Utilisasi yang dipandang sebagai produk dari karakteristik pasien ditambah atribut provider dan atribut sistem.	• Pembiayaan • Waktu • Faktor Organisasi

Sumber	Definisi	Dimensi
Frenk, 1992	Akses adalah kemampuan masyarakat untuk mencari dan mendapatkan pelayanan. Aksesibilitas pelayanan adalah tingkat penyesuaian antara karakteristik sumber daya kesehatan dan masyarakat dalam proses mencari dan memperoleh pelayanan.	• Pencarian pengobatan • Kesesuaian sumber daya kesehatan dengan kebutuhan masyarakat
Margolis et al., 1995	Waktu yang diperlukan untuk penggunaan pelayanan kesehatan personal untuk mencapai hasil terbaik.	• Pembiayaan • Personal • Struktural
Haddad & Mohindra, 2002	Kesempatan untuk mengkonsumsi barang dan jasa kesehatan.	• Ketersediaan • Keterjangkauan • Akseptabilitas • Kecukupan
Shengelia et al., 2003	Cakupan: probabilitas menerima intervensi kesehatan yang diperlukan, yang tergantung pada kebutuhan perawatan kesehatan. Utilisasi: kuantitas pelayanan dan prosedur pelayanan kesehatan yang digunakan.	• Akses Fisik • Ketersediaan Sumber Daya • Akseptabilitas secara Budaya • Keterjangkauan Pembiayaan • Kualitas Pelayanan

Sumber	Definisi	Dimensi
Peters et al. 2008	Memandang akses sebagai aktualisasi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Penekanan secara jelas diberikan untuk mempertimbangkan karakteristik pengguna dan karakteristik pelayanan kesehatan dalam evaluasi akses. Gagasannya adalah identifikasi kesesuaian antara pengguna dan pelayanan kesehatan.	• Kualitas • Aksesibilitas Geografi • Ketersediaan • Aksesibilitas Pembiayaan • Akseptabilitas Pelayanan
Jones, 2012	Akses ke pelayanan kesehatan adalah kemampuan setiap individu untuk mencari pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.	• Supply (jumlah dokter umum, jumlah spesialis, jumlah instalasi gawat darurat) • Demand (jumlah penduduk, pemanfaatan rawat jalan, pemanfaatan gawat darurat) • Barrier (fisik, ekonomi dan geografis)
Lane, dkk., 2012	Akses pelayanan kesehatan medis dapat diukur dalam ketersediaan sumber daya dan jumlah orang yang memiliki asuransi untuk membayar penggunaan sumber daya	• Ketersediaan • Pembiayaan (Kepemilikan Asuransi) • Hambatan

Sumber	Definisi	Dimensi
Levesque, dkk., 2013	Akses adalah kesempatan untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan, untuk mencari layanan kesehatan, untuk mencapai, untuk mendapatkan atau menggunakan layanan kesehatan, dan untuk benar-benar memiliki kebutuhan untuk layanan kesehatan yang bisa terpenuhi.	• Kedekatan • Penerimaan • Ketersediaan dan akomodasi • Keterjangkauan • Ketepatan

Sumber: Levesque, dkk. (2013); Jones (2012); Lane, dkk. (2012); Thomas, J. W. & Penchansky, R. (1984).

Matrik yang disajikan pada Tabel 2.1 merupakan gambaran definisi dan dimensi aksesibilitas pelayanan kesehatan yang dilontarkan para ahli yang berkonsentrasi pada upaya peningkatan akses masyarakat pada pelayanan kesehatan. Definisi-definisi ini mencakup pemikiran pada era tahun tujuh puluhan hingga saat ini.

Gulliford *et al*[8] menguraikan gagasan untuk mengukur aksesibilitas pelayanan kesehatan berdasarkan pemanfaatannya, yang tergantung pada keterjangkauan, aksesibilitas fisik, dan pelayanan yang diterima, bukan hanya pada masalah kecukupan *supply*. Pelayanan kesehatan yang tersedia harus relevan dan efektif jika bertujuan untuk "mendapatkan akses ke hasil kesehatan yang memuaskan". Ketersediaan pelayanan *(supply)* dan hambatan *(barrier)* terhadap akses harus dipertimbangkan dalam konteks perspektif yang berbeda, kebutuhan pelayanan kesehatan dan

[8] Gulliford *et al*. (2002). "What does 'access to health care' mean?". *Journal of Health Services Research & Policy*, *7*, 186–188.

perbekalan kesehatan *(demand)*, serta kesesuaian budaya berbagai kelompok dalam masyarakat. Gulliford berpendapat bahwa pemerataan akses dapat diukur dari segi ketersediaan *(supply)*, pemanfaatan atau hasil pelayanan *(demand)*.

Berdasarkan uraian teori yang telah dipaparkan, dapat ditarik kesimpulan bahwa ada 3 (tiga) hal yang sangat berperan mempengaruhi aksesibilitas pelayanan kesehatan. Ketiga hal tersebut adalah *supply* (ketersediaan)*, barrier* (hambatan), dan *demand* (pemanfaatan).

Mengukur akses ke sumber daya kesehatan biasanya dilakukan dengan menghitung secara per kapita. Sumber daya diukur sebagai pembilang (misal: jumlah dokter, jumlah rumah sakit, jumlah tempat tidur RS, dan lain-lain). Sebagai penyebut, ukuran populasi untuk wilayah yang diukur (misal: per 1000 penduduk).[9]

B. Indikator Aksesibilitas

Tingkat aksesibilitas pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Jones[10] diukur dengan menggunakan beberapa variabel berdasarkan *demand factors* (faktor kebutuhan) dan *supply factors* (faktor suplai). *Demand factors* meliputi jumlah kunjungan fasilitas pelayanan kesehatan, jumlah penduduk, utilisasi rawat inap, dan utilisasi unit gawat darurat. *Supply factors* meliputi jumlah dokter umum, jumlah dokter spesialis, dan jumlah fasilitas pelayanan.

Peningkatan akses dan sekaligus pemerataannya dapat menjadi langkah akselerasi untuk tercapainya *equity* (keadilan) dalam kinerja sistem kesehatan. Harkin[11] menyatakan bahwa tercapainya

[9] Lih. Lane, Nancy M., Andrew Y. Lutz, Kimberly Baker, Thomas R. (Bob) Konrad, Thomas R. Ricketts, Randy Randolph, Charles Tran, Christopher A. Beadles, 2012. *Health Care Costs and Access Disparities in Appalachia*. Washington: Appalachian Regional Commission.

[10] Lih. Jones, Stephen G., 2012. “Development of Multi-dimentional Health Care Access Index”. *Proceeding*. ESRI Health Geographical Information System Conference.

[11] Baca Harkin, Anna May, 2001. *Equity of Access to Health Service, Some Relevant Issues in An Irish Context*. Dublin: The Institute of Public Health in Ireland

equity pelayanan kesehatan yang merata memiliki sejumlah dimensi. Akses ke pelayanan kesehatan harus ditentukan oleh *demand* (kebutuhan) sebenarnya terhadap pelayanan kesehatan daripada sekadar kemampuan untuk membayar atau lokasi geografis.

Hak formal untuk pelayanan kesehatan saja tidak cukup. Masyarakat yang membutuhkan harus memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang tersedia dalam jangka waktu yang wajar. Selain itu, mengejar *equity* (keadilan) harus melampaui "akses terhadap pengobatan dan perawatan", tetapi juga harus memeriksa variasi status kesehatan pada kelompok yang berbeda dalam masyarakat.[12]

Penelitian Kiwanuka *et al*[13] di Uganda menunjukkan bahwa masyarakat miskin yang rentan penyakit memiliki akses yang justru lebih rendah terhadap pelayanan kesehatan daripada masyarakat yang tidak miskin. Hambatan terhadap akses timbul dari kedua penyedia layanan dan konsumen. Jarak ke titik-titik fasilitas pelayanan kesehatan, persepsi kualitas perawatan dan ketersediaan obat merupakan penentu utama pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan. Hambatan lain yang juga dirasakan masyarakat adalah kurangnya spesialis di fasilitas umum, arahan, sikap petugas kesehatan, biaya perawatan, dan kurangnya pengetahuan pada masyarakat.

C. *Barrier*

Beberapa pakar kinerja sistem kesehatan memasukkan hal-hal yang berpotensi menghambat akses ke pelayanan kesehatan

[12] *Ibid.*
[13] Baca Kiwanuka, S. N., Ekirapa, E. K., Peterson, S., Okui, O., Rahman, M. H., Peters, D., & Pariyo, G. W. (2008). Access to and utilisation of health services for the poor in Uganda: a systematic review of available evidence. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*.

sebagai bagian yang terintegrasi dengan indikator akses lainnya. Jones[14] menyatakan bahwa akses ke pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh tiga *barrier* (hambatan). *Pertama,* hambatan fisik (transportasi, kemampuan bergerak). *Kedua,* hambatan ekonomi (kemampuan membayar, kepemilikan asuransi kesehatan). Ketiga, hambatan geografis (lokasi atau kedekatan terhadap fasilitas kesehatan yang tersedia). Sedikit berbeda dengan Jones, Carrillo *et al*[15] juga mengemukakan 3 kategori hambatan: hambatan finansial, struktural, dan kognitif. Ketiga jenis hambatan tersebut berlaku timbal balik memperkuat dan mempengaruhi akses pelayanan kesehatan secara individu ataupun masyarakat. Hambatan ini berhubungan dengan proses skrining, ketersediaan pelayanan kesehatan, dan kurangnya fasilitas, yang pada gilirannya mengakibatkan disparitas ataupun status kesehatan yang buruk. Sedang penelitian lain yang dilakukan oleh Safran *et al*[16] mendapati bahwa "*trust*" (kepercayaan) juga turut menjadi penghambat akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan bila tidak dikelola dengan baik.

Hasil penelitian di India mendapatkan kesimpulan bahwa ada tiga bentuk hambatan khas yang telah mendominasi sektor kesehatan di India. *Pertama,* akar sejarah dalam bentuk kebijakan dan praktik kolonialisme Inggris. *Kedua,* ketidakadilan sosial-ekonomi terwujud dalam kasta, kelas, dan perbedaan jenis kelamin. *Ketiga,* ketidakadilan dalam ketersediaan, pemanfaatan, dan keterjangkauan fasilitas pelayanan kesehatan. Hambatan-hambatan tersebut dirasakan sangat besar pada akses masyarakat

---

[14] Lih. Jones, Stephen G., 2012. "Development of Multi-dimentional Health Care Access Index". *Proceeding*. ESRI Health Geographical Information System Conference.

[15] Lih. Carrillo, J.E., Carrillo, V.a, Perez, H.R., Salas-Lopez, D., Natale-Pereira, A., & Byron, A.T. 2011. "Defining and targeting health care access barriers". *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, *22*(2), 562–75.

[16] Lih. Safran, D.G., Montgomery, J.E., Chang, H., Murphy, J., Rogers, W.H. 2001. "Switching Doctors: Predictors of Voluntary Disenrollment from a Primary Physician's Practice". *J Fam Pract* 2001; 50:13-6.

ke pelayanan kesehatan, terus bertahan, dan bahkan lebih melebar di seluruh negara bagian, antara daerah pedesaan dan perkotaan.[17] Penelitian lain yang dilakukan di India juga menunjukkan perbedaan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan pada wilayah dengan geografis yang berbeda.[18]

Secara umum, dapat disimpulkan bahwa *barrier* (hambatan) bisa dipengaruhi oleh 3 (tiga) hal yang berbeda, yaitu: fisik, sosial (dan budaya), serta ekonomi. Ketiganya bisa menghambat secara sendiri-sendiri, dan dalam kondisi wilayah tertentu dapat terjadi bersamaan.

Hambatan geografis merupakan salah satu yang paling dominan mempengaruhi aksesibilitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Hal ini merupakan konsekuensi sebagai negara kepulauan. Pemerintah bahkan secara khusus merilis kebijakan tentang hambatan geografis. Melalui Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Nomor HK.03.05/II/2485/2012 dikeluarkan kebijakan tentang Pedoman Peningkatan Akses Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).[19]

Kebijakan tersebut merupakan kebijakan yang dikeluarkan secara khusus untuk menjamin aksesibilitas pelayanan kesehatan pada daerah-daerah yang rentan dalam hal ketersediaan pelayanan. Kebijakan ini juga merupakan kebijakan untuk memproteksi penduduk yang ada di wilayah perbatasan sekaligus sebagai etalase negara di hadapan negara tetangga.

---

17 Lih. Kumar, a K.S., & Nagaraj, K. 2010. “Inequities in Access to Health Services in India”. *Health San Francisco*, *xlv*, 49–58.

18 Lih. Kumar, N. 2004. “Changing geographic access to and locational efficiency of health services in two Indian districts between 1981 and 1996”. *Social Science and Medicine*, *58*, 2045–2067.

19 Bdk. Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI., 2012. *Pedoman Peningkatan Akses Pelayanan Kesehatan di DTPK*. Jakarta: Direktorat BUK Dasar, Dirjen BUK, Kemenkes RI.

Saat ini Kementerian Kesehatan juga mengeluarkan kebijakan Nusantara Sehat. Kebijakan ini ditujukan untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan dasar di DTPK (Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan) dan DBK (Daerah Bermasalah Kesehatan), juga mempunyai tujuan menjaga kelangsungan pelayanan kesehatan, menggerakkan pemberdayaan masyarakat, dapat memberikan pelayanan kesehatan yang terintegrasi, serta meningkatkan retensi tenaga kesehatan yang bertugas di DTPK. Pelaksanaan kebijakan ini dilakukan di 44 kabupaten pada 120 Puskesmas.[20]

Nusantara Sehat menggunakan pendekatan berbasis tim tenaga kesehatan (*team based*). Tim yang dikirimkan terdiri atas berbagai jenis tenaga kesehatan: dokter, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga ahli teknologi laboratorium medik, tenaga gizi, dan tenaga kefarmasian.

D. Strategi Peningkatan Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan

Secara normatif, strategi peningkatan aksesibilitas pelayanan kesehatan dilakukan dengan menaikkan dan/atau menurunkan variabel pembangunnya, yaitu meningkatkan *supply* (ketersediaan), mengurangi *barrier* (hambatan), dan meningkatkan *demand* (pemanfaatan). Salah satu strategi peningkatan akses dilontarkan oleh Busse, dkk.[21] dengan strategi *cross-border* (lintas batas). Pengaturan *cross-border* adalah salah satu mekanisme yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah-masalah yang

---

[20] Lih. “Sekilas Nusantara Sehat” di website Kementerian Kesehatan RI. http://nusantarasehat.kemkes.go.id/content/sekilas-nusantara-sehat

[21] Baca Busse, Reinhard, Markus Wörz, Thomas Foubister, Elias Mossialos, Philip Berman, 2006. *Mapping Health Services Access: National and Cross-Border Issues (HealthACCESS).* Berlin: Berlin University of Technology.

berkaitan dengan akses ke pelayanan kesehatan. Dalam beberapa kasus, solusi ini akan menjadi mekanisme yang paling tepat; di samping itu, juga lebih *cost efective* untuk mengurangi rintangan akses. Pengaturan lintas batas tidak harus dilihat sebagai satu-satunya solusi untuk masalah aksesibilitas, meski strategi ini bisa memainkan peranan penting dalam meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, khususnya rintangan akses muncul karena masalah geografis.

Penelitian tentang pelayanan kesehatan lintas wilayah di perbatasan antara Mexico dan Amerika Serikat (Texas) menunjukkan bahwa pengaturan pelayanan kesehatan lintas batas mampu meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan, meski juga tetap harus memperhatikan masalah pengaturan pembiayaan kesehatan (asuransi) serta masalah kendala budaya dalam hal bahasa yang berbeda.[22]

Penelitian berbeda yang dilakukan di lintas batas antarnegara Uni Eropa menunjukkan kendala lain. Karena secara administratif berbeda pemerintahan (Negara), pelayanan kesehatan lintas batas di Uni Eropa ada kendala dalam hal manajemen data, terutama dalam hal perlindungan data pasien.[23] Hal ini tentu saja tidak terlalu berpengaruh apabila dilakukan dalam konteks sebuah negara.

Strategi lain yang bisa dipergunakan untuk mengatasi hambatan geografis untuk wilayah kepulauan, seperti Indonesia, adalah perlunya melihat dalam perspektif geografis masyarakat saat mendirikan sebuah fasilitas pelayanan kesehatan. Bagaimanapun masyarakat adalah pengguna fasilitas pelayanan

---

[22] Lih. Su & Wang 2012. "Acculturation and cross-border utilization of health services". *Journal of Immigrant and Minority Health*, *14*(4), 563–569.

[23] Lih. Van der Molen & Commers. 2013. "Unresolved legal questions in cross-border health care in Europe: Liability and data protection". *Public Health*, *127*(11), 987–993. http://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.08.020

kesehatan tersebut.[24] Selain faktor geografis, secara spasial juga perlu memperhatikan distribusi populasi dan ketersediaan infrastruktur transportasi.[25]

E. Penutup

Aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh banyak hal yang sangat multidimensional. Aksesibilitas tidak hanya dipengaruhi oleh faktor *supply* semacam ketersediaan tenaga kesehatan dan fasilitas, tetapi juga dipengaruhi oleh beberapa hal yang justru bisa menjadi hambatan bila tidak dikelola dan diantisipasi dengan baik. Misalnya, kondisi geografis dan cakupan kepemilikan jaminan kesehatan.

Diperlukan strategi yang perlu memperhatikan secara komprehensif setiap faktor yang menjadi determinan aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Beberapa hal bisa diupayakan dan dimodifikasi. Sedangkan hal lain yang tidak bisa dimodifikasi (geografis), tetapi harus diantisipasi dengan baik.

Daftar Pustaka

Busse, Reinhard, Markus Wörz, Thomas Foubister, Elias Mossialos, Philip Berman, 2006. *Mapping Health Services Access: National and Cross-Border Issues (HealthACCESS).* Berlin: Berlin University of Technology

Carrillo, J.E., Carrillo, V.A, Perez, H.R., Salas-Lopez, D., Natale-Pereira, A., & Byron, A.T. 2011. Defining and targeting health care access barriers. *Journal of Health Care for the Poor*

[24] Lih. Kumar, N. 2004. “Changing geographic access to and locational efficiency of health services in two Indian districts between 1981 and 1996”. *Social Science and Medicine*, *58*, 2045–2067.

[25] Lih. Delamater, Messina, Shortridge, & Grady 2012. “Measuring geographic access to health care: raster and network-based methods”. *International Journal of Health Geographics*, *11*(1), 15.

and Underserved, *22*(2), 562–75. http://doi.org/10.1353/hpu.2011.0037

Delamater, P.L., Messina, J.P., Shortridge, A.M., & Grady, S.C. 2012. Measuring geographic access to health care: raster and network-based methods. *International Journal of Health Geographics*, *11*(1), 15. http://doi.org/10.1186/1476-072X-11-15

Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI., 2012. *Pedoman Peningkatan Akses Pelayanan Kesehatan di DTPK*. Jakarta: Direktorat BUK Dasar, Dirjen BUK, Kemenkes RI.

Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). "What does 'access to health care' mean?". *Journal of Health Services Research & Policy*, *7*, 186–188. http://doi.org/10.1258/135581902760082517

Harkin, Anna May, 2001. *Equity of Access to Health Service, Some Relevant Issues in An Irish Context*. Dublin: The Institute of Public Health in Ireland

Jones, Stephen G., 2012. "Development of Multi-dimentional Health Care Access Index". *Proceeding*. ESRI Health Geographical Information System Conference

Joseph, A.E. & D.R. Phillips, 1984, "Accessibility and Utilization, Geographical Perspectives on Health Care Delivery", Harper & Row, Publishers New York dalam: Eryando, Tris. 2006. *Aksesibilitas Kesehatan Maternal di Kabupaten Tangerang*.

Kiwanuka, S.N., Ekirapa, E.K., Peterson, S., Okui, O., Rahman, M. H., Peters, D., & Pariyo, G.W. (2008). Access to and utilisation of health services for the poor in Uganda: a systematic review of available evidence. *Transactions of the Royal Society of*

Tropical Medicine and Hygiene. http://doi.org/10.1016/j.trstmh.2008.04.023

Kumar, a K.S., & Nagaraj, K. 2010. Inequities in Access to Health Services in India. *Health San Francisco*, *xlv*, 49–58.

Kumar, N. 2004. Changing geographic access to and locational efficiency of health services in two Indian districts between 1981 and 1996. *Social Science and Medicine*, *58*, 2045–2067

Lane, Nancy M., Andrew Y. Lutz, Kimberly Baker, Thomas R. (Bob) Konrad, Thomas R. Ricketts, Randy Randolph, Charles Tran, Christopher A. Beadles, 2012. *Health Care Costs and Access Disparities in Appalachia*. Washington: Appalachian Regional Commission

Levesque, Jean-Frederic, Mark F. Harris, Grant Russella, 2013. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*. 2013 12:18.

Safran, D.G., Montgomery, J.E., Chang, H., Murphy, J., rogers, W.H. 2001. Switching Doctors: Predictors of Voluntary Disenrollment from a Primary Physician's Practice. *J Fam Pract* 2001; 50:13-6

Su, D., & Wang, D. 2012. "Acculturation and cross-border utilization of health services". *Journal of Immigrant and Minority Health*, *14*(4), 563–569. http://doi.org/10.1007/s10903-011-9518-x

Thomas, J. W., Penchansky, R. 1984. "Relating Satisfaction with Acces to Utilization of Services". *Medical Care* 1984; 22:553

Van der Molen, I.N., & Commers, M.J. 2013. "Unresolved legal questions in cross-border health care in Europe: Liability and data protection". *Public Health*, *127*(11), 987–993. http://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.08.020

Indeks Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Rofingatul Mubasyiroh - Enung Nurhotimah
Agung Dwi Laksono

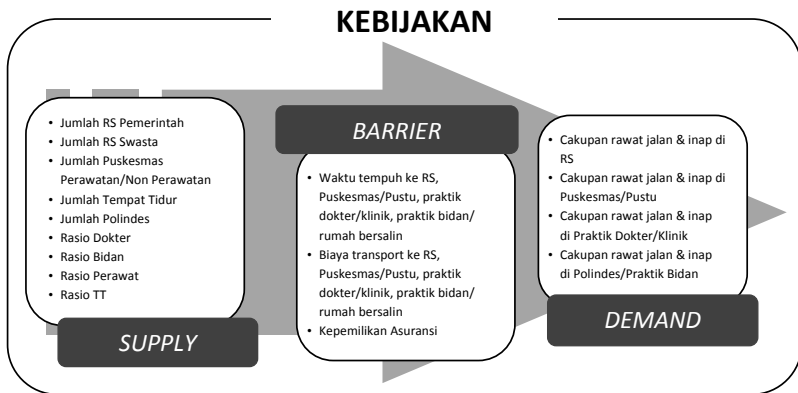
A. Pendahuluan

Tujuan utama perumusan indeks aksesibilitas pelayanan kesehatan di Indonesia ini adalah untuk memetakan besarnya disparitas antarwilayah. Data pemetaan ini menjadi penting bagi para pengambil kebijakan dalam merumuskan wilayah-wilayah mana yang perlu akselerasi dalam pembangunan fasilitas kesehatan, termasuk dalam hal penempatan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhannya.

Perumusan indeks ini melibatkan data dari 497 kabupaten/kota dalam perumusannya. Data diambil bersumber dari 5 institusi yang berbeda sebagai berikut.

1. Laboratorium Manajemen Data Badan Litbang Kesehatan
   a. Data cakupan rawat jalan (RS Pemerintah & Swasta, Puskesmas/Pustu, Praktik Dokter/Klinik, Praktik Bidan/RB) per kabupaten/kota tahun 2013.

b. Data cakupan rawat inap (RS Pemerintah & Swasta, Puskesmas/Pustu, Praktik Dokter/Klinik, Praktik Bidan/RB) per kabupaten/kota tahun 2013.
c. Data Waktu tempuh (RS Pemerintah & Swasta, Puskesmas/ Pustu, Praktik Dokter/Klinik, Praktik Bidan/RB) per kabupaten/kota tahun 2013.
d. Data biaya transport (RS Pemerintah & Swasta, Puskesmas/ Pustu, Praktik Dokter/Klinik, Praktik Bidan/RB) per kabupaten/kota tahun 2013.
e. Data cakupan kepemilikan asuransi per kabupaten/kota tahun 2013.

2. Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan RI
   a. Data Jumlah Rumah Sakit Umum milik Pemerintah per kabupaten/kota tahun 2014.
   b. Data Jumlah Rumah Sakit Umum milik swasta per kabupaten/kota tahun 2014.
3. Pusat Perencanaan dan Penggunaan Tenaga Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI
   a. Data jumlah Polindes per kabupaten/kota tahun 2014.
   b. Data jumlah dokter per kabupaten/kota tahun 2014.
   c. Data jumlah bidan per kabupaten/kota tahun 2014.
   d. Data jumlah perawat per kabupaten/kota tahun 2014.
4. Dirjen Bina Upaya Kesehatan
   a. Data jumlah tempat tidur (Puskesmas dan Rumah Sakit) per kabupaten/kota tahun 2014.
5. Badan Pusat Statistik
   a. Data jumlah penduduk per kabupaten/kota tahun 2014.
   b. Data luas wilayah per kabupaten/kota tahun 2014.

Sumber: Diadaptasi dari Jones, Stephen G., 2012

Gambar 3.1 Kerangka Konsep "Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan" dengan Pendekatan Sistem pada Manajemen

Perumusan indeks dilakukan dengan menggunakan pendekatan sistem pada manajemen yang diadaptasi dari Jones (2012), seperti pada Gambar 3.1. Definisi operasional masing-masing variabel dapat dilihat pada Lampiran 1.

B. Perumusan Indeks Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan

Secara umum perumusan indeks aksesibilitas pelayanan kesehatan didahului dengan perumusan indeks variabel pembangunnya. Ada tiga indeks yang disusun terlebih dahulu, yaitu: indeks *supply*, dan indeks *barrier,* dan indeks *demand*.

1. Indeks *Demand*

a. Komponen Indikator Indeks *Demand*

Penentuan indikator indeks *demand* berdasarkan kerangka konsep yang disusun dan ketersediaan data. Kandidat indikator indeks *demand* adalah sebagai berikut.

1) Cakupan rawat jalan di rumah sakit.
2) Cakupan rawat jalan di Puskesmas/Pustu.

3) Cakupan rawat jalan di praktik dokter/Klinik.
4) Cakupan rawat jalan di praktik bidan/rumah bersalin.
5) Cakupan rawat inap di rumah sakit.
6) Cakupan rawat inap di Puskesmas/Pustu.
7) Cakupan rawat inap di praktik dokter/klinik.
8) Cakupan rawat inap di praktik bidan/rumah bersalin.

b. Penyaringan Indikator Indeks *Demand*

Pemilihan/penyaringan indikator indeks *demand* dilakukan melalui langkah statistik. Pada semua kandidat indikator, dilakukan uji korelasi secara bersama-sama untuk mengetahui indikator mana yang memiliki korelasi tinggi antarindikator.

Dengan dilakukan uji korelasi pada 8 kandidat indikator, diperoleh hasil bahwa semua indikator tidak memiliki nilai korelasi antarindikator yang lebih besar dari 0,600. Dengan dasar hasil tersebut, semua indikator akan masuk ke dalam formulasi indeks *demand* sehingga akhir kandidat indikator adalah 8 indikator, yaitu cakupan rawat jalan di rumah sakit, cakupan rawat jalan di Puskesmas/Pustu, cakupan rawat jalan di praktik dokter/klinik, cakupan rawat jalan di praktik bidan/rumah bersalin, cakupan rawat inap di rumah sakit, cakupan rawat inap di Puskesmas/ Pustu, cakupan rawat inap di praktik dokter/klinik, cakupan rawat inap di praktik bidan/rumah bersalin.

c. Pemberian Bobot dan Pembentukan Indeks *Demand*

Indeks *demand* diberlakukan sebagai indeks *outcome;* sebelum terbentuk indeks *demand*, dihitung skor *demand*. Pemberian bobot pada masing-masing indikator berdasarkan metode skala dengan justifikasi sesuai dengan alur sistem rujukan *(referal system)* pelayanan kesehatan. Fasilitas rumah sakit mendapat bobot 8, Puskesmas/Pustu mendapat bobot 6, praktik

dokter/klinik mendapat bobot 4, dan praktik bidan/rumah bersalin mendapat bobot 2. Setiap indikator dikalikan dengan bobot.

Skor ***Demand*** = (indeks I * bobot) + (indeks II * bobot)+ (indeks III * bobot) + (indeks IV * bobot) + (indeks V * bobot) + (indeks VI * bobot) + (indeks VII * bobot)+ (indeks VIII * bobot)

Skor ***Demand*** = (indeks I * 8) + (indeks II * 6)+ (indeks III * 4) + (indeks IV * 2) + (indeks V * 8) + (indeks VI * 6) + (indeks VII * 4) + (indeks VIII * 2)

Keterangan:
Indeks I : Indeks Cakupan rawat jalan di rumah sakit
Indeks II : Indeks Cakupan rawat jalan di Puskesmas/Pustu
Indeks III : Indeks Cakupan rawat jalan di praktik dokter/klinik
Indeks IV : Indeks Cakupan rawat jalan di praktik bidan/rumah bersalin
Indeks V : Indeks Cakupan rawat inap di rumah sakit
Indeks VI : Indeks Cakupan rawat inap di Puskesmas/Pustu
Indeks VII : Indeks Cakupan rawat inap di praktik dokter/klinik
Indeks VIII : Indeks Cakupan rawat inap di praktik bidan/rumah bersalin

Setelah diperoleh skor *demand*, tahap selanjutnya menghitung indeks *demand*.

1) nilai relatif kabupaten/kota

$$\frac{\text{Skor } \textit{demand}}{\text{Rata-rata skor } \textit{demand}}$$

2) indeks *demand*

$$\frac{\text{Nilai relatif kabupaten/kota}}{\text{Nilai relatif maksimal}}$$

2. Indeks *Supply*

Supply dalam pelayanan kesehatan adalah penyediaan pelayanan kesehatan yang disampaikan kepada individu oleh kombinasi tenaga pelayanan kesehatan (seperti: dokter, perawat, teknisi, dan para asistennya) dan fasilitas (seperti: rumah sakit,

klinik rawat jalan, dan laboratorium klinis). Fungsi *supply* (produksi) menggambarkan hubungan antara *output* yang berupa pelayanan kesehatan yang berkualitas dan sumber daya *(resources)* yang digunakan untuk memproduksinya.

Faktor yang mempengaruhi *Supply* dalam pelayanan kesehatan merupakan *derivate* (turunan) dari *supply* pada umumnya. Dengan demikian, *supply* pelayanan kesehatan juga merupakan fungsi produksi di mana yang mempengaruhi *supply* adalah faktor internal organisasi. Faktor yang mempengaruhi *supply* dalam pelayanan kesehatan, antara lain 6M, 2T, 1I yang dapat dijabarkan sebagai berikut.

a. *Man*: dokter, dokter spesialis, bidan, perawat, skm, farmasi, tenaga administrasi, dan lain sebagainya.

b. *Money*: biaya operasional, biaya investasi, dan biaya lain-lain.

c. *Material*: berhubungan dengan logistik pelayanan kesehatan, misalnya: obat, suntik, bahan makanan, dan sebagainya.

d. *Method*: SOP rumah sakit, Standart Pelayanan Minimal (SPM), dan lain-lain.

e. *Machine*: peralatan laboratorium, peralatan unit pe-nunjang, *incinerator*, dan lain-lain.

f. *Market*: wilayah kerja pelayanan kesehatan, segmentasi pasar, masyarakat sasaran yang dibidik berdasarkan proses STP (*segmenting, targeting,* dan *posisioning*).

g. Teknologi: kecanggihan dan kemutakhiran teknologi yang digunakan, misalnya: *finger print*, dan sebagainya.

h. *Time*: waktu yang digunakan untuk pelayanan, unit pelayanan.

i. Informasi: melalui internet, pamflet dan *leaflet*.

a. Komponen Indikator Indeks *Supply*

Penentuan indikator indeks *supply* berdasarkan kerangka konsep yang disusun dan ketersediaan data. Kandidat indikator indeks *supply* adalah sebagai berikut.

1) Jumlah rumah sakit pemerintah
2) Jumlah rumah sakit swasta
3) Jumlah Puskesmas non-perawatan
4) Jumlah Puskesmas perawatan
5) Rasio dokter per jumlah penduduk
6) Rasio bidan per jumlah penduduk
7) Rasio perawat per jumlah penduduk
8) Rasio tempat tidur per jumlah penduduk.

b. Penyaringan Indikator Indeks *Supply*

Penyaringan indikator indeks *supply* dilakukan melalui langkah statistik. Semua kandidat indikator dilakukan uji korelasi secara bersama-sama untuk mengetahui indikator mana yang memiliki korelasi tinggi antar indikator.

1) Dilakukan uji korelasi pada 8 kandidat indikator. Hasil menunjukkan bahwa jumlah RS pemerintah dan RS swasta memiliki nilai korelasi yang cukup tinggi, yaitu sebesar 0,642. Dengan dasar hasil tersebut, jumlah RS pemerintah dan RS swasta digabungkan menjadi angka jumlah RS sehingga kandidat indikator berkurang menjadi 7.
2) Ketujuh kandidat indikator diuji korelasi kembali, dan diperoleh hasil uji korelasi bahwa tidak ada nilai korelasi yang tinggi antarkandidat indikator. Dengan hasil tersebut, ketujuh indikator akan dimasukkan dalam indikator penyusun indeks *supply*.

c. Pembentukan Indeks masing-masing Indikator *Supply*

Sebelum menuju perhitungan komposit indeks *supply*, setiap indikator dibentuk indeks. Secara umum, indeks setiap indikator dihitung dengan rumus berikut.

1) Menghitung nilai relatif kabupaten/kota

$$\frac{\text{Nilai Indikator per kabupaten/kota}}{\text{Rata-rata indikator}}$$

2) Menghitung indeks

$$\frac{\text{Nilai Relatif Kabupaten/Kota}}{\text{Nilai Relatif Maksimal}}$$

Langkah menghitung indeks dilakukan pada semua indikator kandidat indeks *Supply*, yaitu:

1) Indeks jumlah rumah sakit
2) Indeks jumlah Puskesmas non-perawatan
3) Indeks jumlah Puskesmas perawatan
4) Indeks rasio dokter per jumlah penduduk
5) Indeks rasio bidan per jumlah penduduk
6) Indeks rasio perawat per jumlah penduduk
7) Indeks rasio tempat tidur per jumlah penduduk

d. Pemberian Bobot dan Pembentukan Indeks *Supply*

Beberapa komponen komposit indeks *supply* tersebut di atas diberi bobot dengan cara uji statistik regresi linier, dengan variabel dependen adalah indeks *demand* dan independen variabel adalah indeks jumlah rumah sakit, indeks jumlah Puskesmas non-perawatan, indeks jumlah Puskesmas perawatan, indeks rasio dokter per jumlah penduduk, indeks rasio bidan per jumlah penduduk, indeks rasio perawat per jumlah penduduk, indeks rasio tempat tidur per jumlah penduduk sehingga diperoleh bobot

masing-masing indeks, yaitu **proporsi nilai part** pada hasil uji regresi linier.

Indeks *Supply* adalah penjumlahan komponen indeks yang sudah dikalikan bobot.

Indeks *Supply* = (indeks I * bobot) + (indeks II * bobot)+ (indeks III * bobot) + (indeks IV * bobot) + (indeks V * bobot) + (indeks VI * bobot) + (indeks VII * bobot)

Indeks *Supply* = (indeks I * 0,0282) + (indeks II * 0,0718)+ (indeks III * 0,3761) + (indeks IV * 0,1326) + (indeks V * 0,0032) + (indeks VI * 0,3332) + (indeks VII * 0,0548)

Keterangan:
Indeks I : Indeks jumlah rumah sakit
Indeks II : Indeks jumlah Puskesmas non-perawatan
Indeks III : Indeks jumlah Puskesmas perawatan
Indeks IV : Indeks rasio dokter per jumlah penduduk
Indeks V : Indeks rasio bidan per jumlah penduduk
Indeks VI : Indeks rasio perawat per jumlah penduduk
Indeks VII : Indeks rasio tempat tidur per jumlah penduduk

3. Indeks *Barrier*

a. Komponen Indikator Indeks *Barrier*

Penentuan indikator indeks *barrier* berdasarkan kerangka konsep yang disusun dan ketersediaan data. Kandidat indikator indeks *barrier* sebagai berikut.

1) Waktu tempuh ke rumah sakit
2) Waktu tempuh ke Puskesmas/Pustu
3) Waktu tempuh ke praktik dokter/klinik
4) Waktu tempuh ke praktik bidan/rumah bersalin
5) Biaya transport ke rumah sakit
6) Biaya transport ke Puskesmas/Pustu
7) Biaya transport ke praktik dokter/klinik

8) Biaya transport ke praktik bidan/rumah bersalin
9) Kepemilikan asuransi.

b. Penyaringan Indikator Indeks *Barrier*

Penyaringan indikator indeks *barrier* dilakukan melalui langkah statistik. Pada seluruh kandidat indikator, dilakukan uji korelasi secara bersama-sama untuk mengetahui indikator mana yang memiliki korelasi tinggi antarindikator.

Dengan uji korelasi yang dilakukan pada 9 kandidat indikator, diperoleh hasil bahwa beberapa indikator memiliki nilai korelasi yang cukup tinggi satu sama lain, yaitu lebih besar dari 0,600. Berdasarkan hasil tersebut, dilakukan pengeluaran indikator secara bertahap satu per satu, dengan urutan biaya transport menuju praktik dokter/klinik, waktu tempuh menuju praktik dokter/ klinik, biaya transport menuju praktik rumah sakit, biaya transport menuju praktik bidan/rumah bersalin, biaya transport menuju Puskesmas/Pustu. Akhir kandidat indikator adalah 4 indikator, yaitu kepemilikan asuransi, waktu tempuh menuju rumah sakit, waktu tempuh menuju Puskesmas/Pustu, dan waktu tempuh menuju praktik bidan/rumah bersalin.

c. Pembentukan Indeks Masing-masing Indikator *Barrier*

Setiap indikator terpilih dibentuk indeks, sebelum menuju perhitungan komposit indeks *barrier.* Secara umum, indeks setiap indikator dihitung dengan rumus:

1) Menghitung nilai relatif kabupaten/kota

$$\frac{\text{Nilai Indikator per kabupaten/kota}}{\text{Rata-rata indikator}}$$

2) Menghitung indeks

$$\frac{\text{Nilai Relatif Kabupaten/Kota}}{\text{Nilai Relatif Maksimal}}$$

d. Langkah Menghitung Indeks Dilakukan pada Semua Indikator Kandidat Indeks *Barrier*

1) Indeks kepemilikan asuransi
2) Indeks waktu tempuh menuju rumah sakit
3) Indeks waktu tempuh menuju Puskesmas/Pustu
4) Indeks waktu tempuh menuju praktik bidan/rumah bersalin

e. Pemberian Bobot dan Pembentukan Indeks *Barrier*

Beberapa komponen komposit indeks *barrier* tersebut di atas diberi bobot dengan cara uji statistik regresi linier. Variabel dependen adalah indeks *demand* dan independen variabel adalah kepemilikan asuransi, waktu tempuh menuju rumah sakit, waktu tempuh menuju Puskesmas/Pustu, dan waktu tempuh menuju praktik bidan/rumah bersalin sehingga diperoleh bobot masing-masing indeks, yaitu: **proporsi nilai part** pada hasil uji regresi linier.

Indeks *barrier* adalah penjumlahan komponen indeks yang sudah dikalikan bobot.

Indeks *Barrier* = (indeks I * bobot) + (indeks II * bobot) + (indeks III * bobot) + (indeks IV * bobot)

Indeks *Barrier* = (indeks I * 0,4090) + (indeks II * 0,3841) + (indeks III * 0,0173) + (indeks IV * 0,1896)

Keterangan:
Indeks I : Indeks kepemilikan asuransi
Indeks II : Indeks waktu tempuh menuju rumah sakit
Indeks III : Indeks waktu tempuh menuju Puskesmas/Pustu
Indeks IV : Indeks waktu tempuh menuju praktik bidan/rumah bersalin

C. Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Indeks aksesibilitas dibentuk dari kelompok indikator yang mempengaruhi gambaran riil keterjangkauan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, yang dalam hal ini tercermin sebagai indeks *demand*. Indeks aksesibilitas terbentuk dari indeks *supply* dan indeks *barrier*.

Indeks Aksesibilitas = (Indeks Supply + Indeks Barrier)/2

1. Kesenjangan Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Antar Wilayah Kota dan Kabupaten

Dari 497 kabupaten/kota terdiri dari 399 kabupaten dan 98 kota. *Demand* dalam pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang sesungguhnya dimanfaatkan oleh konsumen/pasien. Dari tabel 3.1 menunjukkan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan di kota lebih besar daripada di wilayah kabupaten (*p=0,000*), yang ditunjukkan dengan rata-rata indeks *demand* di kota sebesar 0,639 dan rata-rata di kabupaten adalah 0,406.

Tabel 3.1 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan indeks *supply* pada kelompok kabupaten dan kelompok kota, hal ini ditunjukkan dari nilai *p* hasil t-test (0,002). Dengan nilai rata-rata indeks *supply* pada kelompok kabupaten adalah 0,147 dan standar deviasi 0,071. Rerata pada kelompok kota lebih tinggi dari kelompok kabupaten, yaitu sebesar 0,172 dan standar deviasi 0,068.

Hal yang sama juga terjadi pada sub indeks *barrier*, di mana rata-rata angka indeks di kota (0,405) secara signifikan (*p= 0,000*) lebih besar daripada indeks *barrier* di kabupaten (0,276). Indeks di kota lebih besar menunjukkan bahwa kondisi akses yang lebih baik di wilayah kota. Akses di sini ditunjukkan dari kepemilikan

asuransi, waktu tempuh ke RS, waktu tempuh ke Puskesmas, dan waktu tempuh menuju praktik bidan.

Tabel 3.1. Kesenjangan Sub Indeks Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Antar Wilayah Kabupaten/Kota di Indonesia Tahun 2013

Indeks	Kabupaten/Kota	N	*Mean* ± SD	p
Demand	Kabupaten	399	0,406 ± 0,154	0,000
	Kota	98	0,639 ± 0,150	
Supply	Kabupaten	399	0,147 ± 0,071	0,002
	Kota	98	0,172 ± 0,068	
Barrier	Kabupaten	399	0,276 ± 0,086	0,000
	Kota	98	0,405± 0,087	

Sumber: Hasil olahan peneliti

Indeks *supply* terdiri dari komponen indeks Jumlah Rumah Sakit, indeks Jumlah Puskesmas non perawatan, indeks Jumlah Puskesmas perawatan, indeks Rasio dokter per jumlah penduduk, indeks Rasio bidan per jumlah penduduk, indeks Rasio perawat per jumlah penduduk, indeks rasio tempat tidur per jumlah penduduk. Komponen inilah unsur pendukung utama berjalannya pelayanan kesehatan.

Tabel 3.2. Indikator *Supply* Jumlah dan Rasio Tenaga Kesehatan, Analisis Tingkat Kabupaten/Kota di Indonesia Tahun 2013

Tipe Wilayah	Indikator *Supply*	*Mean*	Min	Maks
Kabupaten	Jumlah Dokter	33,07	0	203
	Jumlah Perawat	220,37	0	799
	Jumlah Bidan	223,82	0	1.173
	Rasio Dokter per 100.000 pddk	10,16	0,00	73,85
	Rasio Perawat per 100.000 pddk	81,81	0,00	550,09
	Rasio Bidan per 100.000 pddk	59,61	0,00	274,03
Kota	Jumlah Dokter	44,01	6	246
	Jumlah Perawat	163,40	21	823
	Jumlah Bidan	119,07	7	415
	Rasio Dokter per 100.000 pddk	10,90	1,90	33,49
	Rasio Perawat per 100.000 pddk	56,12	5,29	322,38
	Rasio Bidan per 100.000 pddk	40,26	3,78	202,74

Sumber: Hasil olahan peneliti

Tabel 3.2 menunjukkan distribusi persebaran jumlah dan rasio tenaga kesehatan dokter, perawat dan bidan di kabupaten dan kota. Persebaran tenaga dokter baik dari segi jumlah maupun rasio masih lebih banyak di kota. Namun demikian distribusi jumlah dan rasio bidan lebih banyak di kabupaten daripada di kota. Begitu

juga pada perawat, jumlah dan rasio per penduduk lebih banyak di kabupaten daripada di kota.

Dari tabel 3.2 tampak bahwa meskipun secara rerata rasio dokter per penduduk masih sedikit lebih tinggi persebaran di kota, tetapi untuk maksimum rasio dokter jauh lebih banyak di kabupaten (73,85) dibandingkan di kota (33,49). Hal ini dapat menjadi tanda bahwa di antara kelompok kabupaten terdapat disparitas persebaran tenaga dokter. Bahkan di kabupaten masih ada wilayah yang tidak ada tenaga dokter, hal ini ditunjukkan nilai jumlah dan rasio minimum nol. Pada tenaga perawat, rasio maksimum di kabupaten jauh lebih tinggi (550,09) daripada di kota (322,38). Hal ini dapat terjadi, jumlah tenaga perawat yang banyak berada di wilayah kabupaten yang memiliki populasi sedikit. Pada tenaga bidan, baik segi bidan maupun rasio memang lebih banyak di kabupaten daripada di kota. Dengan nilai maksimum rasio bidan juga lebih banyak di kabupaten. Seperti halnya tenaga dokter, pada tenaga bidan dan perawat juga masih ada wilayah kabupaten yang tidak ada tenaga bidan maupun perawat, yang ditunjukkan dengan jumlah dan rasio minimum nol.

Pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh kondisi sumber daya manusia dan fasilitas pelayanan yang mendukung. Pemerataan tenaga kesehatan merupakan suatu masalah di beberapa kabupaten yang sampai saat ini belum teratasi. Jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas di wilayah kepulauan sangat kurang dibanding Puskesmas perkotaan. Rasio jenis tenaga kesehatan (dokter, dokter gigi, bidan, perawat, dan lain-lain) terhadap 100.000 penduduk yang harus dilayani masih kurang dan masih jauh di bawah rata-rata rasio nasional. Di lain pihak, penempatan tenaga yang tidak merata telah mengakibatkan rendahnya mutu pelayanan kesehatan di daerah terpencil (Herman dan Hasanbasri, 2008).

Beberapa faktor penyebab kurang diminatinya suatu daerah biasanya berkaitan dengan situasi geografi, sosial budaya, adat istiadat, kondisi ekonomi daerah dan penduduknya, peluang karir, kelengkapan sarana, fasilitas transportasi dan komunikasi, pelayanan administrasi, peluang mengikuti pendidikan dan pelatihan atau pendidikan lanjutan, lama waktu penugasan, serta citra tentang daerah tersebut (Ayuningtyas, 2006).

Keadaan geografis yaitu jarak yang sangat jauh dan berada di kepulauan juga mengurangi retensi tenaga, semakin jauh atau semakin sulit lokasi tempat tugas semakin tinggi keinginan pindah. Hasil riset tentang kelangsungan pekerja kesehatan tahun 2007 (Herman dan Hasanbasri, 2008), di pedesaan Scotlandia ditemukan bahwa mereka yang bekerja di pedesaan merasa lebih terisolasi dibanding di kota kecil. Kondisi tempat kerja yang serba terbatas mengakibatkan ketidakpuasan, sehingga mereka ingin meninggalkan pekerjaannya. Perpindahan tenaga kesehatan akan semakin menambah permasalahan baik Puskesmas yang ditinggalkan maupun Puskesmas yang dituju. Puskesmas yang dituju kelebihan tenaga sementara Puskesmas yang ditinggalkan kekurangan tenaga.

Distribusi tenaga kesehatan tidak hanya berbicara mengenai *deployment* saja, tetapi juga berbicara tentang masalah kesinambungan pasokan tenaga, lama tinggal, pengembangan profesi dan karir tenaga kesehatan beserta keluarganya. Pengertian keseimbangan distribusi sumber daya manusia dari pandangan ekonomi, menurut Roy et al. (1996), adalah penyebaran keterampilan sumber daya manusia sesuai dengan jumlah yang dibutuhkan, sehingga terjadi keseimbangan *supply* dengan *demand*. Maldistribusi keterampilan terjadi bila jumlah sumber daya manusia dengan keterampilan tertentu tidak dapat memenuhi kebutuhan atau melebihi kebutuhan (Meliala, 2009).

Tabel 3.3 Indikator *Supply* Distribusi Fasilitas Kesehatan di Kabupaten dan Kota di Indonesia tahun 2013

Wilayah	Indikator *Supply*	*Mean*	Min	Maks
Kabupaten	Jumlah Puskesmas Perawatan	7,55	0,00	32,00
	Jumlah Puskesmas Non Perawatan	12,34	0,00	82,00
	Jumlah RS pemerintah dan swasta	3,08	0,00	41,00
	Total Tempat Tidur	433,41	0,00	6.614,00
	Rasio Tempat Tidur	1,14	0,00	9,54
Kota	Jumlah Puskesmas Perawatan	3,05	0,00	16,00
	Jumlah Puskesmas Non Perawatan	13,92	0,00	83,00
	Jumlah RS pemerintah dan swasta	10,72	0,00	65,00
	Total Tempat Tidur	1.505,52	36,00	9.521,00
	Rasio Tempat Tidur	3,16	0,40	14,51

Sumber: Hasil olahan peneliti

Berdasarkan Tabel 3.3 secara umum ketersediaan fasilitas kesehatan (*supply*) di Kota jauh lebih bagus dari pada di Kabupaten, dengan kesenjangan yang cukup lebar. Kesenjangan ini terjadi pada indikator jumlah rumah sakit (pemerintah dan swasta), total tempat tidur tersedia, maupun rasio tempat tidur dibanding dengan jumlah penduduk.

Bila kita melihat rerata jumlah Puskesmas Perawatan, terlihat bahwa Kabupaten memiliki rata-rata jumlah lebih tinggi dibanding dengan Kota. Fenomena ini bisa dipahami bahwa keberadaan Puskesmas Perawatan merupakan sebuah upaya untuk mendekatkan jangkauan pelayanan rawat inap pada masyarakat di Kabupaten, dikarenakan jumlah Rumah sakit yang terbatas.

Salah satu permasalahan pembangunan kesehatan di Indonesia adalah disparitas kesehatan, meskipun secara nasio-nal kualitas kesehatan telah meningkat namun disparitas antar kawasan, antar tingkat ekonomi dan antar perkotaan dan pedesaan masih cukup tinggi (Adisasmito, 2007). Pada tahun 2002, rerata setiap penduduk baru bisa dilayani oleh 3,5 Puskesmas yang jumlahnya kurang, kualitas dan pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan di Puskesmas masih menjadi kendala. Jumlah seluruh tempat tidur di rumah sakit tahun 2013 sebanyak 127.217 tempat tidur atau rerata 61 tempat tidur melayani 100.000 penduduk (Adisasmito, 2007). Pembangunan Puskesmas sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat di Indonesia di setiap kecamatan dimulai jauh sebelum deklarasi Alma Alta (sidang WHO, 1978), sampai dengan tahun 2007 telah dibangun 7.234 Puskesmas, 21.115 Pustu, dan 342 rumah sakit umum. Pada tahun 1996 jumlah seluruh rumah sakit termasuk rumah sakit swasta dan rumah sakit khusus adalah 1.074 dengan jumlah tempat tidur 120.083 buah dan mempekerjakan lebih dari 35.000 dokter untuk menyediakan pelayanan kesehatan (Thabrany, 2005). Rerata Puskesmas melayani 83 pasien per hari dan rata-rata tingkat pemakaian tempat tidur (BOR) rumah sakit kelas A dan B sekitar 60% sedangkan kelas C dan D kurang dari 55% (Depkes, 1998).

Makna disparitas kesenjangan dan ketidakadilan yang menimbulkan disparitas pelayanan kesehatan, termasuk fasilitas kesehatan di wilayah kota dan kabupaten, rendahnya kinerja sistem kesehatan dan hal terkait lainnya, sehingga menjadikan Indonesia dalam tiga dekade ini masih jauh tertinggal bila dibandingkan dengan berbagai negara tetangga, yaitu Thailand, Filipina, Srilangka dan Malaysia. Hal ini dinilai mempunyai korelasi yang kuat dengan pendanaan kesehatan (Thabrany, 2005).

Tabel 3.4 Persentase Indikator *Barrier* di Kabupaten dan Kota di Indonesia, Tahun 2013

Wilayah	Indikator	Mean	Min	Maks
Kabupaten	Kepemilikan asuransi (%)	56,72	0,22	100,00
	Waktu tempuh ke RS ≤ 60 menit (%)	20,70	0,00	90,43
	Waktu tempuh ke Puskesmas/Pustu ≤ 30 menit (%)	77,52	11,20	99,60
	Waktu tempuh ke Praktik dokter/klinik ≤ 30 menit (%)	34,63	0,00	97,84
	Waktu tempuh ke Praktik Bidan/RB ≤ 15 menit (%)	39,06	0,00	91,36
	Biaya transport ke RS <= 50.000 (%)	25,39	0,00	92,05
	Biaya transport ke Puskesmas/Pustu <= 10.000 (%)	77,21	20,91	99,94
	Biaya transport ke Praktik dokter/klinik <= 10.000 (%)	33,44	0,00	96,17
	Biaya transport ke Praktik Bidan/RB <= 10.000(%)	44,93	0,00	97,97
Kota	Cakupan asuransi (%)	57,49	23,91	98,48
	Waktu tempuh ke RS ≤ 60 menit (%)	68,85	0,00	99,19
	Waktu tempuh ke Puskesmas/Pustu ≤ 30 menit (%)	91,45	66,70	99,84
	Waktu tempuh ke Praktik dokter/klinik ≤ 30 menit (%)	69,37	24,43	98,16
	Waktu tempuh ke Praktik Bidan/RB ≤ 15 menit (%)	58,80	1,49	92,15
	Biaya transport ke RS <= 50.000 (%)	70,08	0,00	99,42
	Biaya transport ke Puskesmas/Pustu <= 10.000 (%)	90,07	60,1	99,6
	Biaya transport ke Praktik dokter/klinik <= 10.000 (%)	67,9	24,9	97,4
	Biaya transport ke Praktik Bidan/RB <= 10.000 (%)	65,6	2,0	96,6

Sumber: Hasil olahan peneliti

Berdasarkan Tabel 3.4 terlihat hampir tidak ada perbedaan untuk persentase cakupan kepemilikan asuransi. Kabupaten dan Kota sama-sama memiliki rerata antara 56-57%. Kesenjangan paling besar pada indikator *barrier* antara Kabupaten dan Kota adalah pada indikator waktu tempuh ke Rumah Sakit. Rata-rata masih ada 79,80% penduduk Kabupaten yang harus menempuh waktu lebih dari 60 menit untuk mencapai Rumah Sakit. Angka ini jauh di atas rata-rata penduduk Kota yang hanya pada kisaran 31,15% penduduk saja.

Selain kuantitas, kualitas pelayanan masih di bawah standar, pelayanan rujukan belum optimal, kesulitan administrasi dan lamanya waktu tunggu. Data menunjukkan bahwa 48,7% masalah pelayanan kesehatan adalah karena kendala biaya, jarak dan transportasi (Adisasmito, 2007).

Sistem kesehatan berkaitan erat dengan pemegang kebijakan pemerintahan, dan salah satu kunci sistem kesehatan adalah pendanaan kesehatan. Prinsip dasar sistem pendanaan adalah *equity*, yaitu sistem pendanaan kesehatan yang adil dan merata di mana pembiayaan kesehatan yang dikeluarkan tidak memberatkan masyarakat.

Belanja berobat di berbagai negara merupakan bagian terbesar dari belanja kesehatan suatu negara karena sifat pelayanan kesehatan dasar adalah sifat kebutuhan pelayanan kesehatan yang tidak bisa dipastikan besar biayanya serta kepentingan publik yang memihak pada rakyatnya.

Pendanaan kesehatan di Indonesia selama ini tergantung pada pendanaan dari sumber anggaran pemerintahan dan biaya dari kantong sendiri (*out of pocket*) yang memberatkan masyarakat pada saat sakit sehingga bisa menimbulkan kemiskinan.

Asuransi merupakan salah satu cara pembiayaan kesehatan sebagai pengendalian biaya menggantikan cara pembayaran

langsung (*Out of Pocket*) hal ini merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan aksebilitas pelayanan kesehatan. Untuk mengatasi ketidakmampuan pembayaran langsung oleh masyarakat yang kurang mampu dan mengalami kesulitan dalam melakukan pembayaran. Asuransi lebih berkembang di negara dengan pendapatan yang besar dan negara maju serta kelompok masyarakat mampu dibandingkan dengan masyarakat miskin. Salah satu upaya untuk mengurangi kesenjangan pelayanan kesehatan dapat diperkecil dengan memperbesar porsi pendanaan publik atau asuransi kesehatan publik, namun cakupan asuransi kesehatan di Indonesia masih rendah yaitu sekitar 16% dari jumlah penduduk (Thabrany, 2005). Asuransi merupakan salah satu upaya dalam mengatasi tingginya biaya pelayanan kesehatan yang umumnya disebabkan oleh kenaikan pemanfaatan pelayanan dan kenaikan biaya pelayanan kesehatan.

Negara berkembang seperti Indonesia memerlukan suatu sistem pelayanan asuransi kesehatan, sehingga memberikan pelayanan kesehatan dasar kepada seluruh lapisan masyarakat. Perkembangan sistem asuransi kesehatan di Indonesia belum sesuai harapan maka untuk menanggulangi jaminan pelayanan kesehatan terhadap penduduk miskin pemerintah menyediakan subsidi melalui Puskesmas dan rumah sakit untuk menjamin pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin. Mulai tahun 2014 pemerintah memulai sistem asuransi universal bagi pemerataan pelayanan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia dengan menerapkan sistem *universal health coverage*, BPJS.

Bagi negara dengan pendapatan lebih dari 600 dolar perkapita pertahun, asuransi merupakan hal yang penting karena pelayanan yang bersifat tambahan hanya dapat dipenuhi pembayarannya oleh sistem asuransi karena membutuhkan biaya yang tinggi, juga pada kasus-kasus *catastropic*.

Seiring dengan pertumbuhan ekonomi Indonesia yang cukup tinggi serta kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat yang semakin meningkat akan pelayanan kesehatan yang baik sejak tahun 2014 ditetapkan asuransi sosial yaitu dengan adanya BPJS kesehatan sejak bulan Januari 2014. Sejak tahun 2014 pemerintah Indonesia membuat komitmen untuk menyediakan jaminan asuransi kesehatan bagi seluruh masyarakat melalui suatu sistem asuransi kesehatan publik yang bersifat wajib dengan diterbitkannya UU tentang BPJS. Peranan pemerintah sangatlah besar pada perkembangan asuransi suatu negara. Penerapan BPJS merupakan sebagai upaya untuk meningkatkan cakupan asuransi bagi pelayanan kesehatan di Indonesia. BPJS pada intinya merupakan program asuransi kesehatan sosial yang dilakukan secara bertahap dengan diberikan jaminan buat kelompok masyarakat tertentu.

Peningkatan biaya belanja kesehatan suatu negara tidak selalu berpengaruh pada peningkatan kesehatan status kesehatan masyarakat, karena ada faktor-faktor lain yang berperan dalam peningkatan status kesehatan yaitu faktor-faktor lingkungan, keturunan dan faktor-faktor sosial budaya (tingkah laku, dsb). Penelitian di RRC dan Sri Lanka menunjukkan bahwa faktor ekonomi merupakan salah satu faktor yang yang mempengaruhi status kesehatan. Kedua negara tersebut menunjukkan walaupun pendapatan perkapita mereka masih rendah namun memiliki status kesehatan yang baik (Sulastomo, 2007).

Ketimpangan akses pelayanan juga dapat terjadi karena faktor geografis. Aspek geografis setidaknya meliputi akses keterpencilan wilayah atau berdekatan dengan perbatasan. Akses geografis ke penyedia layanan kesehatan lebih sulit di wilayah pinggiran. Indonesia memiliki beberapa karakteristik yang menyebabkan

terjadinya maldistribusi tenaga dokter. Secara geografis, Indonesia memiliki berbagai daerah yang sulit untuk dijangkau, di mana daerah-daerah tersebut sama sekali tidak menarik minat dokter untuk bekerja dalam jangka waktu yang lama (Meliala, 2009).

2. Kesenjangan Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Antar Wilayah Miskin dan Non Miskin

Tabel 3.5 Kesenjangan Nilai Sub Indeks Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Antar Wilayah Miskin dan Non Miskin di Indonesia Tahun 2013

Indeks	Wilayah	Mean	Minimum	Maksimum
Supply	Non Miskin	0,152	0,037	0,478
	Miskin	0,151	0,025	0,432
Barrier	Non Miskin	0,476	0,131	0,946
	Miskin	0,416	0,006	0,803
Demand	Non Miskin	0,100	0,009	0,304
	Miskin	0,125	0,011	1,000
Aksesibilitas	Non Miskin	0,314	0,112	0,646
	Miskin	0,283	0,016	0,554

Sumber: Hasil olahan peneliti

Tabel 3.5 menunjukkan rerata Indeks *supply*, *barrier,* dan aksesibilitas penduduk di daerah miskin sedikit lebih rendah dibandingkan dengan daerah non miskin, demikian pula dilihat dari nilai minimum dan nilai maksimum. Hal ini menunjukkan bahwa pembangunan memang lebih banyak dilakukan di daerah non miskin, hal inilah yang membuat akses ke pelayanan kesehatan menjadi lebih mudah dan tersedia lebih baik di kabupaten/kota non miskin.

Tabel 3.6 Kesenjangan Nilai Indikator *Supply* Tenaga Kesehatan Indeks Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Antar Wilayah Miskin dan Non Miskin di Indonesia Tahun 2013

Kab/ Kota	Wilayah	Indikator	*Mean*	Min	Maks
Kabupaten	Non Miskin	Jumlah Dokter	37,13	0	203
		Jumlah Perawat	227,93	0	768
		Jumlah Bidan	240,73	0	1,075
		Rasio Dokter per 100.000 Penduduk	10,43	0,00	73,85
		Rasio Perawat per 100.000 Penduduk	74,16	0,00	550,09
		Rasio Bidan per 100.000 Penduduk	58,72	0,00	274,03
	Miskin	Jumlah Dokter	28,51	0	98
		Jumlah Perawat	211,88	0	799
		Jumlah Bidan	204,84	0	1,173
		Rasio Dokter per 100.000 Penduduk	9,85	0,00	65,09
		Rasio Perawat per 100.000 Penduduk	90,39	0,00	463,33
		Rasio Bidan per 100.000 Penduduk	60,60	0,00	250,60
Kota	Non Miskin	Jumlah Dokter	46,89	6	246
		Jumlah Perawat	165,59	21	823
		Jumlah Bidan	118,23	7	415
		Rasio Dokter per 100.000 Penduduk	10,95	1,90	33,49
		Rasio Perawat per 100.000 Penduduk	49,20	6,61	196,95
		Rasio Bidan per 100.000 Penduduk	35,62	3,78	110,46
	Miskin	Jumlah Dokter	18,70	6	33
		Jumlah Perawat	144,10	26	211
		Jumlah Bidan	126,50	28	222
		Rasio Dokter per 100.000 Penduduk	10,50	4,34	27,79
		Rasio Perawat per 100.000 Penduduk	117,02	5,29	322,38
		Rasio Bidan per 100.000 Penduduk	81,08	13,82	202,74

Sumber: Hasil olahan peneliti

Tabel 3.6 menunjukkan rata-rata jumlah dokter paling tinggi di kota non miskin (46,89) , paling sedikit di kota miskin (18,70). Rata-rata rasio dokter hampir sama di semua kabupaten/kota miskin/non miskin, yaitu 10 dan mendekati 10. Hanya di kabupaten miskin dengan rasio 9,85 orang dokter per 100.000 penduduk. Rata-rata jumlah perawat paling tinggi di kabupaten non miskin (227,93), dan paling sedikit di kota miskin (144,10). Adapun rata-rata rasio perawat paling tinggi justru di kota miskin, yaitu mencapai 117,02 per 100.000 penduduk. Dan terendah adalah rasio perawat di kota yang non miskin (49,20 per 100.000 penduduk). Rata-rata jumlah tenaga bidan paling banyak di kabupaten non miskin, mencapai 240,73, yang paling sedikit tenaga bidan di kota non miskin (118,23). Sedang rata-rata rasio bidan paling tinggi di kota miskin, yang mencapai 81,08 per 100.000 penduduk, dan terendah adalah rasio bidan di kota yang non miskin (35,62 per 100.000 penduduk). Pada tabel juga ditunjukkan nilai minimum semua indikator di wilayah kabupaten (baik miskin ataupun non miskin) adalah 0 (nol). Artinya bahwa masih ada kabupaten yang tidak memiliki tenaga kesehatan. Hal ini berbeda dengan kondisi di kota (baik miskin ataupun non miskin), di mana semua wilayah sudah memiliki tenaga kesehatan.

Kesenjangan atau disparitas kesehatan berkaitan erat dengan kesenjangan derajat sosial ekonomi serta berkaitan dengan kebijakan para pemegang kekuasaan, terutama pemerintahan sebuah negara. Disparitas kesehatan baik antar wilayah maupun antar kelompok sosial bukan hanya terjadi di Indonesia, terjadi juga di berbagai negara (Houweling, 2006, Baum, 2002, Mishra, 2003 dalam Achmadi, 2012). Kelompok sosial ekonomi rendah cenderung mengalami angka kematian yang lebih tinggi dibandingkan kelompok negara atau kelompok masyarakat sosial ekonomi atas, maka dapat disimpulkan bahwa kelompok

miskin memiliki angka harapan hidup lebih pendek. Hasil penelitian menunjukkan bahwa angka-angka yang menunjukkan tingkat kesejahteraan yang direfleksikan oleh derajat kesehatan berhubungan dengan tingkat sosial ekonomi, seperti sosial-ekonomi rendah biasanya akan menempati rumah yang tidak sehat, tidak memiliki jamban, tingkat pendidikan rendah (Mackenbach, 2003; Mishra, 2006; Bambra et al., 2005). Para pakar kesehatan masyarakat berpendapat senada, bahwa derajat kesehatan ditentukan oleh tingkat kesejahteraan sosial penduduk, sedang derajat kesehatan penduduk ditentukan oleh para penguasa suatu wilayah atau sebuah negara.

Kemiskinan merupakan hal yang menjadi perhatian pemerintah di Indonesia sejak lama, berbagai upaya dilakukan untuk mengatasi kemiskinan penduduk di Indonesia. Pendekatan dalam mengatasi kemiskinan dilakukan oleh berbagai Instansi pemerintah seperti BKKBN, Departemen sosial, BPS dan Bank Dunia dan setiap badan tersebut mempunyai definisi dan indikator miskin masing-masing disesuaikan dengan kebutuhan instansi yang berkaitan dengan indikator miskin. Untuk sektor kesehatan indikator miskin akan berbeda dengan sektor pendidikan. Perbedaan definisi miskin ini menimbulkan kesulitan karena akan menimbulkan perbedaaan jumlah penduduk miskin dari definisi yang berbeda, juga akan memboroskan waktu, tenaga dan anggaran hanya untuk pendataan hal yang sama yaitu penduduk miskin, diharapkan ada persamaan definisi penduduk miskin serta dikelola oleh satu badan yang sama untuk efisiensi (Mahlil, Thabrany, 2005).

Perhatian pemerintah Indonesia terhadap penduduk miskin telah dilakukan sejak lama yatu dengan mengalokasikan pendanaan terhadap penduduk miskin seperti melalui program-program masyarakat di antaranya secara *geographic targetting* dengan program Inpres Desa Tertinggal (IDT), secara *individual*

targetting dengan Kredit Usaha Kecil (KUK), secara *supply side* dengan inpres obat, Jaring Pengaman Sosial (JPS) dan lain-lain. Pendanaan yang disebutkan itu merupakan pendanaan yang bersumber dari pemerintah, selain itu juga ada yang bersumber dari masyarakat seperti dana BAZIS (zakat, infak). Selain itu, ada pula dana pinjaman dari luar negeri seperti dari Asian Development Bank (ADB) (Mahlil, Thabrany, 2005).

Tingkat kemiskinan di pedesaan dilaporkan mencapai 17,35% dari jumlah penduduk di pedesaan, sedangkan di perkotaan sebesar 10,72 %. Pada tahun 2012 dilaporkan bahwa tingkat kemiskinan pedesaan turun menjadi 14,7% dari jumlah penduduk di pedesaan, sedangkan di perkotaan turun menjadi 8,6% (BPS, 2009).

Derajat kesehatan tidak tergantung pelayanan kesehatan (Barr, et al., 2004), tetapi lebih ditentukan oleh masalah-masalah sanitasi dasar, lingkungan hidup, seperti pencemaran udara maupun pencemaran air, pendidikan, kemiskinan, dan pendapatan masyarakat. Semua determinan tersebut sangat tergantung pada upaya pemberantasan kemiskinan dan pemerataan pendapatan (Achmadi, 2012).

Jepang, Canada dan Denmak adalah negara yang membuktikan perbedaan pendapatan tidak berpengaruh terhadap derajat kesehatan karena sistem pemerintahannya telah memberikan jaminan pendidikan, jaminan sosial, transportasi, serta berbagai kebijakan lainnya, sudah diberikan pemerintah dengan merata (Materia, et al., 2005). Negara lain yang bisa menjadi contoh adalah Sri Lanka dan Kerala (India), yang derajat kesehatan masyarakatnya dapat ditingkatkan tanpa menghubungkan dengan kenaikan atau peningkatan derajat sosial ekonomi (Achmadi, 2012).

Tabel 3.7 Kesenjangan Nilai Indikator *Supply* pada Indeks Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Antar Wilayah Miskin dan Non Miskin di Indonesia Tahun 2013

Kab/ Kota	Wilayah	Indikator	Mean	Min	Maks
Kabu-paten	Non Miskin	Jumlah Puskesmas Perawatan	7,36	1	26
		Jumlah Puskesmas Non Perawatan	12,91	1	82
		Jumlah RS pemerintah dan swasta	3,54	0	41
		Total Tempat Tidur	489,98	5	6,614
		Rasio Tempat Tidur	1,09	0,07	9,10
	Miskin	Jumlah Puskesmas Perawatan	7,76	0	32
		Jumlah Puskesmas Non Perawatan	11,70	0	49
		Jumlah RS pemerintah dan swasta	2,55	0	24
		Total Tempat Tidur	369,91	0	2,996
		Rasio Tempat Tidur	1,21	0,00	9,54
Kota	Non Miskin	Jumlah Puskesmas Perawatan	3,19	0	16
		Jumlah Puskesmas Non Perawatan	14,57	0	83
		Jumlah RS pemerintah dan swasta	11,56	0	65
		Total Tempat Tidur	1,625,27	36	9,521
		Rasio Tempat Tidur	3,23	0,40	14,51
	Miskin	Jumlah Puskesmas Perawatan	1,80	0	4
		Jumlah Puskesmas Non Perawatan	8,20	2	20
		Jumlah RS pemerintah dan swasta	3,40	0	8
		Total Tempat Tidur	451,70	116	1,201
		Rasio Tempat Tidur	2,53	0,77	5,13

Sumber: Hasil olahan peneliti

Tabel 3.7 menggambarkan rata-rata jumlah Puskesmas perawatan paling besar di wilayah kabupaten miskin (7,76), yang hampir sama dengan rata-rata Puskesmas perawatan di kabupaten non miskin (7,36). Rata-rata jumlah Puskesmas perawatan di kota miskin hanya 1,80. Tidak adanya Puskesmas perawatan dapat dijumpai di kabupaten miskin, kota non miskin dan kota miskin. Dan jumlah Puskesmas perawatan terbanyak ada di kabupaten miskin (32). Rata-rata jumlah Puskesmas non perawatan paling banyak di kota non miskin (14,57) dan paling sedikit di kota miskin (8,20). Masih ditemukan kabupaten miskin dan kota non miskin yang tidak memiliki Puskesmas non perawatan. Rata-rata jumlah Rumah Sakit paling banyak di wilayah kota non miskin yang mencapai 11,56 RS, dan yang paling sedikit ada di kabupaten miskin dengan rata-rata 2,55 RS. Ternyata di semua tipe wilayah masih ditemukan daerah yang tidak memiliki RS baik pemerintah ataupun swasta (nilai minimum 0). Rata-rata total tempat tidur yang tersedia (dari RS dan Puskesmas perawatan) paling banyak berada di kota non miskin, yaitu mencapai 1.625,27. Dan paling sedikit di kabupaten yaitu 369,91 tempat tidur. Rata-rata rasio tempat tidur per penduduk juga paling tinggi pada kota non miskin, yaitu 3,23, dan yang paling sedikit di kabupaten non miskin, yaitu 1,09.

Penelitian Thabrany tahun 2005 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan insiden sakit di antara berbagai kelompok pendapatan, semakin tinggi pendapatan semakin kecil kemungkinan terserang penyakit dan semakin tinggi pendapatan semakin besar peluang kelompok yang tidak msikin untuk memiliki asuransi kesehatan. Insiden sakit juga menunjukan bahwa di pedesaan sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan di perkotaan. Angka insiden lebih tinggi ini berhubungan dengan pendapatan dan pendidikan yang baik di wilayah perkotaan.

Mackenbach, et al. (2003) dalam Achmadi, pada penelitian di 6 negara eropa menunjukkan bahwa kesenjangan sosial ekonomi berhubungan dengan angka kematian. Angka kematian juga dipengaruhi perilaku pada sosek tinggi lebih rendah angka kematian, namun pada sosek rendah angka kematian lebih tinggi maka untuk mengurangi kesenjangan derajat kesehatan dapat dilakukan dengan berbagai kebijakan untuk mengurangi kesenjangan sosial ekonomi, pemerataan pendapatan, tunjangan sosial dll.

Tabel 3.8 Kesenjangan Nilai Indikator *Barrier* Indeks Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Antar Wilayah Miskin dan Non Miskin di Indonesia Tahun 2013

Kab/ Kota	**Wilayah**	**Indikator**	**Mean**	**Mini-mum**	**Maksi-mum**
Kabu-paten	Non Miskin	Cakupan asuransi (%)	50,71	13,01	99,79
		Waktu tempuh ke RS ≤ 60 menit (%)	22,97	0,00	90,43
		Waktu tempuh ke Puskesmas/ pustu ≤ 30 menit (%)	79,42	41,88	99,60
		Waktu tempuh ke Praktik Bidan/RB ≤ 15 menit (%)	46,02	0,40	91,36
	Miskin	Cakupan asuransi (%)	63,47	0,22	100,00
		Waktu tempuh ke RS ≤ 60 menit (%)	18,15	0,00	82,18
		Waktu tempuh ke Puskesmas/ pustu ≤ 30 menit (%)	75,38	11,20	98,61
		Waktu tempuh ke Praktik Bidan/RB ≤ 15 menit (%)	31,24	0,00	87,20

Kab/ Kota	Wilayah	Indikator	Mean	Mini- mum	Maksi- mum
Kota	Non Miskin	Cakupan asuransi (%)	56,48	23,91	98,48
		Waktu tempuh ke RS ≤ 60 menit (%)	70,67	1,25	99,19
		Waktu tempuh ke Puskesmas/ pustu ≤ 30 menit (%)	92,15	75,03	99,84
		Waktu tempuh ke Praktik Bidan/RB ≤ 15 menit (%)	60,51	3,51	92,15
	Miskin	Cakupan asuransi (%)	66,30	38,29	97,34
		Waktu tempuh ke RS ≤ 60 menit (%)	52,85	0,00	87,57
		Waktu tempuh ke Puskesmas/ pustu ≤ 30 menit (%)	85,23	66,70	96,89
		Waktu tempuh ke Praktik Bidan/RB ≤ 15 menit (%)	43,73	1,49	75,23

Sumber: Hasil olahan peneliti

Tabel 3.8 menunjukkan bahwa di semua kategori kabupaten/ kota rata-rata cakupan asuransi sudah lebih dari 50%. Meski demikian, ada kabupaten kategori miskin yang hanya memiliki cakupan asuransi 0,22%. Waktu tempuh ke RS ≤ 60 menit paling tinggi di wilayah kota non miskin, yaitu 70,67%. Demikian juga dengan kota yang miskin, rata-rata sudah lebih dari setengah penduduk (52,85%) membutuhkan ≤ 60 menit menuju RS. Hal ini berbeda dengan daerah non miskin ataupun miskin yang berada di kabupaten, yaitu masih kurang dari seperempat penduduk yang dapat mengakses RS dalam waktu kurang dari 60 menit. Puskesmas/pustu dapat diakses dalam waktu ≤ 30 menit oleh rata-rata 92,15% penduduk di kota non miskin, 85,23% penduduk kota miskin, 79,42% penduduk kabupaten non miskin, dan 75,38% penduduk di kabupaten miskin. Sedangkan rata-rata penduduk yang dapat menjangkau bidan praktik ≤ 15 menit, paling banyak

oleh 60,51% penduduk di kota non miskin dan paling sedikit di kabupaten miskin, yaitu 31,24%.

Rerata cakupan asuransi pada wilayah dengan proporsi penduduk miskin tinggi menunjukkan angka lebih tinggi (63,61) dibandingkan cakupan asuransi di wilayah dengan proporsi penduduk miskin rendah yaitu (52,41). Hal ini menunjukkan waktu tempuh ke RS ≤ 30 menit (%) di daerah non miskin lebih tinggi (37,01) daripada di daerah miskin (19,90), demikian pula dengan waktu tempuh ke Puskesmas/Pustu, dan Bidan. Dari angka minimum terlihat bahwa cakupan asuransi di daerah non miskin lebih tinggi daripada di daearah miskin (13,01) juga dengan angka minimum waktu tempuh ke Puskesmas/Pustu di daerah non miskin lebih tinggi (41,88).

Indonesia memiliki beberapa karakteristik yang menyebabkan terjadinya maldistribusi tenaga dokter. Selain secara geografis Indonesia memiliki berbagai daerah yang sulit untuk dijangkau, di mana daerah-daerah tersebut sama sekali tidak menarik minat dokter untuk bekerja dalam jangka waktu yang lama. Juga dari sisi kemampuan ekonomi, Indonesia memiliki variasi kemampuan yang sangat lebar. Terdapat daerah dengan kekuatan ekonomi yang sangat kuat, namun ada juga daerah yang sangat terbelakang. Situasi ini menyebabkan terjadinya penumpukan dokter pada daerah tertentu dan kekurangan tenaga dokter pada daerah yang lain (Meliala, 2009).

Pencapaian pembangunan kesehatan masih diwarnai dengan disparitas capaian indikator kesehatan antar provinsi dan antar status sosial ekonomi, belum optimalnya penyediaan tenaga kesehatan baik kuantitas maupun kualitas, serta belum meratanya pemenuhan fasilitas pelayanan kesehatan. Peningkatan akses dan kualitas kesehatan memiliki keterkaitan erat dengan pembangunan ekonomi. Meningkatnya status kesehatan masyarakat akan

membentuk sumber daya manusia yang sehat, produktif, dan cerdas, yang merupakan komponen penting dalam memberikan kontribusi pada pertumbuhan ekonomi (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2013).

Meningkatnya perhatian pemerintah terhadap pembangunan pendidikan (minimal 20% dari APBN maupun APBD) telah mendorong peningkatan pembangunan di bidang pendidikan. Kondisi ini menyebabkan daerah kabupaten/kota yang memiliki APBD besar mempunyai kemampuan untuk mengalokasikan anggaran pendidikan yang lebih tinggi dibandingkan dengan daerah kabupaten/kota dengan APBD lebih kecil. Tidak dapat dipungkiri perbedaan kemampuan tersebut telah mendorong tingginya tingkat disparitas pembangunan (Taryono, 2014).

Tenaga kesehatan yang ada lebih banyak terkonsentrasi di daerah perkotaan, hal ini dimungkinkan Puskesmas perkotaan secara ekonomi lebih baik dan sangat menjanjikan dibanding Puskesmas sangat terpencil. Faktor ekonomi dan masalah keluarga menyebabkan petugas lebih betah untuk memilih bertugas di kota.

Penelitian yang dilakukan Thabrany (2005) menunjukkan bahwa untuk kesenjangan dalam akses rawat jalan ke fasilitas pelayanan kesehatan relatif sangat kecil. Pada penelitian ini terungkap orang miskin kurang memiliki akses untuk berobat karena orang miskin pemegang kartu sehat pun kurang memiliki akses karena kartu sehat tidak berlaku untuk berobat jalan dan tidak memiliki uang yang cukup untuk membayar transportasi. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa status asuransi tidak berperan besar dalam menghilangkan hambatan akses pada pelayanan rawat jalan namun program-program pemerintah yang membangun Puskesmas dan Pustu sekaligus penyebaran dokter, perawat dan bidan berhasil menghilangkan hambatan finansial rawat jalan.

D. Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan dalam kajian ini maka dapat ditarik beberapa kesimpulan yang secara sederhana digambarkan pada matrik berikut:

Tabel 3.9. Matriks Kesenjangan Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia Tahun 2013

Kategori	Kabupaten/Kota	Kesenjangan
Supply	Kabupaten/Kota	Ada
	Miskin/non Miskin	Tidak
Barrier	Kabupaten/Kota	Ada
	Miskin/non Miskin	Ada
Demand	Kabupaten/Kota	Ada
	Miskin/non Miskin	Ada
Aksessibilitas	Kabupaten/Kota	Ada
	Miskin/non Miskin	Ada

Sumber: Hasil olahan peneliti

Berdasarkan matrik tersebut dapat dijelaskan bahwa;

1. Ketersediaan *supply* tenaga dan fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia menunjukkan kesenjangan antara wilayah kabupaten dan kota. Persebaran tenaga dokter baik dari segi jumlah maupun rasio masih lebih banyak di kota, namun demikian distribusi jumlah dan rasio bidan lebih banyak di kabupaten daripada di kota. Ketersediaan fasilitas kesehatan di Kota jauh lebih bagus dari pada di Kabupaten pada indikator jumlah rumah sakit (pemerintah dan swasta), total tempat tidur tersedia, maupun rasio tempat tidur dibanding dengan jumlah penduduk. Rerata jumlah Puskesmas Perawatan di Kabupaten memiliki jumlah lebih tinggi dibanding dengan Kota, namun demikian, kesenjangan *supply* tidak terjadi antara daerah miskin dan non miskin.

2. Identifikasi *barrier* yang berpengaruh terhadap aksesibilitas pelayanan kesehatan di Indonesia juga menunjukkan kesenjangan yang bermakna antara daerah kabupaten dengan kota, maupun antara daerah miskin dan non miskin.
3. *Demand* terhadap pelayanan kesehatan di Indonesia menunjukkan adanya kesenjangan, baik antara wilayah kabupaten dan kota, maupun antara wilayah miskin dan non miskin.
4. Hasil penghitungan yang relatif sama juga terjadi pada tingkat aksesibilitas pelayanan kesehatan (*supply, demand* dan *barrier*), terdapat perbedaan yang bermakna antara daerah kabupaten dan kota, juga antara daerah miskin dan non miskin.

Daftar Pustaka

Adisasmito, Wiku, 2007. *Sistem Kesehatan*. Jakarta; Rajagrafindo Press

Ayuningtyas, Dumillah, 2006. Sistem Pemberian Insentif yang Berpihak pada Sumber Daya Manusia Kesehatan di Daerah Terpencil: Studi Kasus Provinsi Lampung. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* Volume 09 No. 02 Juni 2006 Halaman: 87-93.

Azwar Azrul. 1996. Pengantar Administrasi Kesehatan. Edisi Ketiga. Binarupa Aksara: Jakarta. *Dalam Riset Kesehatan Dasar 2013.*

Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI., 2011. *Riset Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tahun 2011*. Jakarta; Balitbangkes

Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI., 2013a. *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013*. Jakarta; Balitbangkes

Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI., 2013b. *Riset Kesehatan Dasar dalam Angka Tahun 2013*. Jakarta; Balitbangkes

Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2013. Buku Pegangan Perencanaan Pembangunan Daerah 2014: Memantapkan Perekonomian Nasional Bagi Peningkatan Kesejahteraan Rakyat yang Berkeadilan. Jakarta; Bappenas

Departemen Kesehatan RI., 2003. *Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat: Keputusan Menteri Kesehatan nomor 1202/Menkes/SK/VII/2003*. Jakarta; Departemen Kesehatan

Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI., 2012. Pedoman Peningkatan Akses Pelayanan Kesehatan di DTPK Jakarta; Direktorat BUK Dasar, Dirjen BUK, Kemenkes RI.

Fahmi, Umar. 2012. *Horison Baru Kesehatan Masyarakat di Indonesia*. Jakarta; Rineka Cipta

Herman dan Mubasysyir Hasanbasri. 2008. Evaluasi Kebijakan Penempatan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Sangat Terpencil di Kabupaten Buton*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* vol. 11 No. 03 September 2008, halaman:103-111.

Jones, Stephen G., 2012. *Development of Multi-dimentional Health Care Access Index*. Proceeding. ESRI Health Geographical Information System Conference

Meliala, Andreasta, 2009. Mengatasi Maldistribusi Tenaga Dokter di Indonesia. *Policy Brief*. Jogjakarta; Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada

Primary Health Care Advisory Committee, 2010. *Improving Access and Delivery of Primary Health Care Services in*

New Brunswick. Brunswick; Primary Health Care Advisory Committee

Sulastomo, 2007. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta; PT. Gramedia

Taryono. 2014. Analisis Disparitas Pembangunan Manusia di Provinsi Riau. *Jurnal Sosial Ekonomi Pembangunan Tahun IV* No. 11 Maret 2014:194-214.

Thabrany H. 2005. Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia. Jakarta; PT. Rajagrafindo Persada, World Bank, 2006.*Annual Report*

World Health Organization, 2010. *Ensuring Access to Health Services and Financial Protection for Migrants.* Geneve; World Health Organization

Sumber Internet:

Reno Ella Zaifa, Statika fertilitas.dalam *rhenoe.wordpress.com*

http://www.djpk.depkeu.go.id

http://www.cdc.gov/healthyyouth/disparities/

RPJMN, http://indonesia.unfpa.org/gu/rpjmn

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Masyarakat Kota Medan dalam Memilih Asuransi Kesehatan.http://repository.usu.ac.id/bitstream/ 123456789/ 40682/5/Chapter%20I.pdf), DPSB Sinaga - 2014, USU.

Health Financing in Indonesia A Reform Road Map, Claudia Rokx et al, http://siteresources.worldbank.org/INTINDONESIA/Resources/ Publication

Hasil evaluasi RPJMN 2010-2014: Indeks Pembangunan Manusia Membaik, 22 juli 2013.http://pgsp-agi.org/in/news-room/berita-kami/

BAB 4

Studi Kasus Aksesbilitas Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Gresik

Turniani Laksmiarti - Suharmiati

Kabupaten Gresik sudah dikenal sejak abad ke-11 ketika kabupaten tersebut tumbuh menjadi pusat perdagangan, baik antar pulau maupun antar negara. Sebagai kota Bandar, Gresik banyak dikunjungi pedagang Cina, Arab, Gujarat, Kalkuta, Siam, Bengali, Campa dan lain-lain. Gresik mulai tampil menonjol dalam peraturan sejarah sejak berkembangnya agama Islam di Tanah Jawa. Pembawa dan penyebar agama Islam tersebut tidak lain adalah Syech Maulana Malik Ibrahim yang bersama-sama Fatimah Binti Maimun masuk ke Gresik pada awal abad ke-11.

Kabupaten Gresik merupakan sub wilayah pengembangan bagian (SWPB), tidak terlepas dari kegiatan sub wilayah pengembangan Gerbang Kertosusila (Gresik, Bangkalan, Mojokerto, Surabaya, Sidoarjo, Lamongan), dan termasuk salah satu bagian dari 9 sub wilayah pengembangan di Jawa Timur yang kegiatannya diarahkan pada sektor pertanian, industri, perdagangan, maritim, pendidikan dan industri wisata.

Kabupaten Gresik sebagai wilayah industri, menjadikan kabupaten tersebut lebih terkenal dan termasyhur, tidak saja di persada nusantara tetapi juga ke seluruh dunia yang ditandai dengan munculnya industri multi modern yang patut dibanggakan bangsa Indonesia.

A. Gambaran Umum Kabupaten Gresik

Kabupaten Gresik mempunyai luas wilayah 1.191,25 km^2 persegi terdiri dari 996,14 km^2 persegi daratan dan 196,11 km^2 kepulauan (Bawean) dan terletak di antara 7-8^o Lintang Selatan dan 112^o-113^o Bujur Timur. Kepadatan penduduk sebesar 1.066 jiwa/km^2, terdiri dari 18 Kecamatan dan 356 desa.

Hasil registrasi penduduk, pada tahun 2013 jumlah penduduk Kabupaten Gresik sebesar 1.324.777 jiwa dari 318.620 rumah tangga (RT), terdiri dari 667.568 jiwa penduduk laki-laki dan 657.209 jiwa penduduk perempuan.

Jumlah penduduk yang mengalami cacat tubuh 718 jiwa, tuna netra 361 jiwa, cacat mental 196 jiwa, tuna rungu 378 jiwa dan eks penderita penyakit kronis 530 jiwa.

B. Gambaran Kondisi Kesehatan di Kabupaten Gresik

Berdasarkan Peraturan Bupati Kabupaten Gresik nomor 37 Tahun 2008, tugas dan fungsi Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik adalah menyelenggarakan urusan bidang kesehatan yang menjadi kewenangan daerah dan tugas perbantuan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Dengan peraturan tersebut, salah satu tugas Dinas Kesehatan adalah melaksanakan koordinasi dengan beberapa unit stakeholder bidang kesehatan, antara lain 9 unit rumah sakit umum di antaranya 1 Unit RS Pemerintah, 8 Unit RSU Swasta, di samping itu juga terdapat 1 RS Khusus Swasta.

Jumlah Puskesmas secara keseluruhan sebanyak 32 terdiri dari 17 unit Puskesmas Perawatan dan 15 unit Puskesmas non perawatan serta 76 Puskesmas pembantu. Jumlah Dokter praktik swasta perorangan sebanyak 560 dokter serta memiliki sejumlah 132 apotek (Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik Tahun 2013)

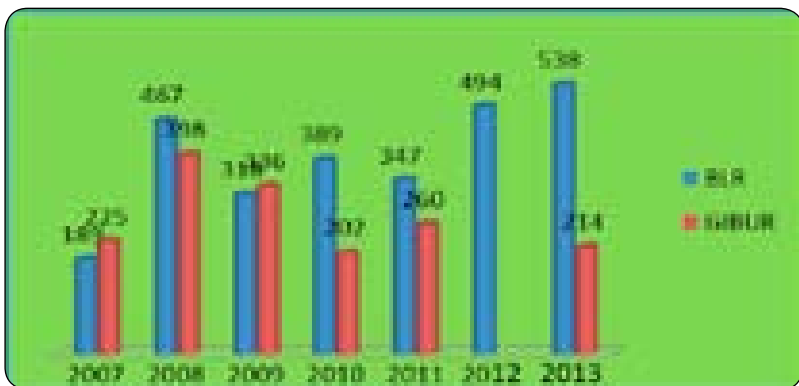
Beberapa dampak kesehatan yang disebabkan karena akses di kabupaten Gresik pada tahun 2013 antara lain,

1. Terjadi peningkatan Angka Kematian Bayi pada tahun 2013 dibandingkan tahun 2012 sebesar 4,39% yaitu 77 dari 19.832 kelahiran hidup (38,8%) pada tahun 2012 menjadi 85 dari 19.680 kelahiran hidup (43,19%), pada tahun 2013.
2. Angka kematian Ibu terdiri dari 4 ibu hamil, saat persalinan 5 orang dan pada saat nifas 13 orang dari jumlah 22.774 ibu hamil (Profil Kesehatan Kabupaten Gresik tahun 2013).
3. Kasus penyakit menular, HIV, AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual di Kabupaten Gresik pada setiap tahun mengalami kenaikan. Tahun 2008 tidak terdapat kasus, tahun 2009 terdapat 120 kasus, tahun 2010 terjadi penurunan drastis yaitu 23 kasus, tahun 2011 terjadi kenaikan yaitu 89 kasus, tahun 2012 sebesar 261 kasus dan tahun 2013 terdapat 144 kasus, yang terdiri dari HIV, AIDS, dan Infeksi Menular Seksual.

Memperhatikan dampak akses di atas, maka yang dimaksud akses bukan saja jarak namun juga ketersediaan sumber daya yaitu sarana, prasarana, dan sumber daya manusia serta penganggaran. Dalam menunjang target MDGs 2015, berbagai upaya telah dilaksanakan antara lain dalam mencukupi sarana dan prasarana kesehatan dan tenaga strategis di DTPK. Sarana, prasarana dan tenaga strategis di wilayah perkotaan Kabupaten Gresik tidak lagi menjadi tanggung jawab pemerintah pusat, sebagaimana yang

diamanatkan dalam desentralisasi. Pemerintah daerah mempunyai kewenangan dalam pengaturan sumber daya, yaitu pengangkatan/ penempatan tenaga kesehatan serta pengaturan penganggaran kesehatan (Tabel 4.1).

Dampak akses terhadap kondisi bayi dan balita di Kabupaten Gersik, antara lain terjadinya peningkatan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) yaitu bayi lahir dengan berat badan kurang dari 2.500 gram serta peningkatan status gizi balita. Rata-rata peningkatan BBLR Kabupaten Gresik tahun 2007 sampai dengan tahun 2013 adalah 15%, kenaikan tertinggi tahun 2008 dan tahun 2012, namun terjadi penurunan pada tahun 2009 dan tahun 2011.

Pada tahun 2008 terdapat peningkatan jumlah balita dengan gizi buruk, namun demikian secara signifikan dari tahun ke tahun terjadi penurunan hingga tahun 2013 mencapai 214 balita gizi buruk dari 78.764 balita yang ditimbang. Gambaran BBLR dan gizi buruk disajikan pada gambar 4.1 berikut.

Sumber data: Dinas Kesehatan Kab. Gresik

Gambar 4.1 Cakupan absolut BBLR dan Gizi Bayi di Kabupaten Gresik Tahun 2007-2013

1. Gambaran Kondisi Anggaran Kesehatan Terhadap Anggaran Pemerintahan di Kabupaten Gresik

Secara keseluruhan anggaran kesehatan terhadap anggaran pemerintah kabupaten Gresik pada tahun 2013 adalah 14,46% yang didistribusikan untuk RS Ibnu Sina sebesar Rp137.611.573.772,-, untuk kegiatan program di Dinas Kesehatan sebesar Rp164.709.419.252,-, serta anggaran yang bersumber dari APBN sebesar Rp2.758.000,- yang dimanfaatkan sebagai Bantuan Operasional Kesehatan (BOK).

2. Alokasi Anggaran Kesehatan di Kabupaten Gresik

Diskresi fiskal Kabupaten Gresik (keleluasan Pemda untuk membelanjakan akumulasi pendapatan) setiap tahun terjadi peningkatan. Peningkatkan tersebut teralokasikan pada pembiayaan sektor-sektor strategis sesuai prioritas/kebutuhan daerah.

Tabel 4.1 Belanja Pemerintah Kabupaten Gresik Menurut Fungsi, 2010-2013 (Dalam Jutaan Rupiah)

No	Fungsi	2010	2011	2012	2013
1	Pelayanan Umum	438,434	423,200	480,624	504,758
2	Ketertiban dan Ketentraman	8,125	8,863	16,814	19,217
3	Ekonomi	54,552	48,584	60,526	77,340
4	Lingkungan Hidup	15,325	10,389	25,693	59,609
5	Perumahan dan Fasilitas Umum	75,524	88,897	167,883	274,422
6	Kesehatan	145,170	173,663	185,572	277,137
7	Pariwisata dan Budaya	3,350	3,242	6,251	8,969
8	Pendidikan	298,199	465,901	516,099	567,829
9	Perlindungan Sosial	4,622	4,951	15,247	

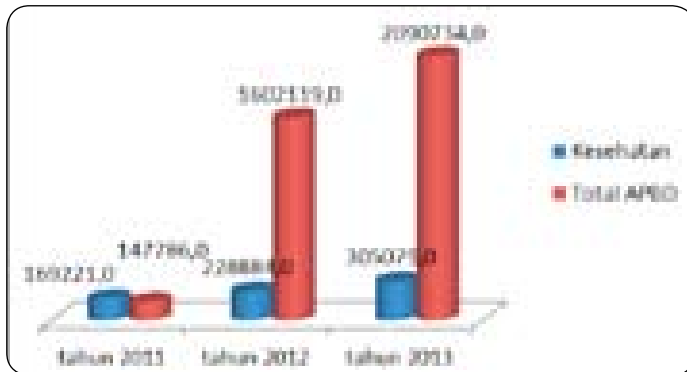
Sumber: Kementerian Keuangan RI.

Terjadi peningkatan anggaran kesehatan setiap tahun di Kabupaten Gresik. Tahun 2011 anggaran kesehatan meningkat sebesar 19,6% (28 Milyar), tahun 2012 meningkat 6,85% (12

Milyar), dan pada tahun 2013 terjadi peningkatan yang sangat besar dibanding dua tahun sebelumnya yaitu 49,34% (92 Milyar). Jumlah kenaikan keseluruhan selama 3 tahun terakhir sebesar 132 Milyar.

Rerata anggaran secara keseluruhan mengalami kenaikan namun juga ada yang mengalami penurunan yaitu pada tahun 2011 yaitu lingkungan hidup, pariwisata dan budaya. Penurunan terjadi pada tahun 2011 dan selanjutnya terjadi peningkatan. Secara politis, penurunan dan kenaikan besarnya anggaran dapat dipengaruhi oleh kebijakan Bupati.

Pemerintah Kabupaten Gresik mempunyai perhatian yang serius dan terfokus pada program kesehatan yang mempunyai hubungan langsung dengan lingkungan hidup masyarakat melalui beberapa program inovatif di bidang kesehatan. Dalam mewujudkan visi dan misinya, program Kesehatan banyak menggunakan dana APBD pemerintah Kabupaten Gresik.

Anggaran yang dimanfaatkan oleh program kesehatan di Kabupaten Gresik bersumber dari dana APBD dan dana APBN, yang teralokasikan untuk kegiatan Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit Umum Kabupaten Gresik, tergambar sebagai berikut.

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik

Gambar 4.2 Belanja Kesehatan Kabupaten Gresik 2010-2013
(dalam jutaan)

Gambar 4.2 menunjukkan bahwa perbandingan alokasi anggaran kesehatan tahun 2011 terhadap anggaran APBD sebesar 100% artinya alokasi anggaran kesehatan lebih besar dari alokasi anggaran APBD Kabupaten Gresik, karena pada alokasi anggaran kesehatan tahun 2011 terbesar bersumber dari APBN. Perbandingan alokasi anggaran kesehatan tahun 2012 terhadap APBD sebesar 12,7% dan tahun 2013 sebesar 14,46%. Salah satu pemanfaatan alokasi anggaran kesehatan dipergunakan untuk Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Anggaran Jamkesmas pada tahun 2013 meningkat dibanding tahun 2012 atau dari Rp13,5 miliar menjadi Rp20 miliar. Kenaikan tersebut disebabkan jumlah masyarakat miskin meningkat dan perubahan parameter kategori miskin oleh pemkab. Tahun 2013 masyarakat miskin yang tercatat berjumlah 394.293 jiwa, lebih besar dari tahun sebelumnya yang hanya sebesar 223.551 jiwa (Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik).

C. Ketersediaan Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Gresik

Salah satu strategi Kementerian Kesehatan dalam mewujudkan misinya di bidang kesehatan adalah menjadikan masyarakat sehat, mandiri, dan berkeadilan, serta berbasis bukti dengan mengutamakan pada upaya promotif dan preventif. Upaya yang dilakukan adalah penyediaan fasilitas dan tenaga kesehatan sampai di tingkat pedesaan, dengan tujuan jangkauan masyarakat ke tempat pelayanan kesehatan menjadi lebih mudah.

Tabel 4.2 menunjukkan terdapat perbedaan angka pada jumlah fasilitas yang tersedia. Menurut Gresik Dalam Angka (GDA) tahun 2013 jumlah rumah sakit 8 unit, sementara data profil Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik menyebutkan berjumlah 9 unit. Bidang Evaluasi dan Program Dinas Kesehatan menjelaskan bahwa, "Tahun 2013 jumlah rumah sakit tidak lagi 9 unit akan tetapi sudah mencapai 14 unit, yaitu 1 unit Rumas Sakit Pemerintah (Ibnu Sina) dan 13 unit Rumah Sakit Swasta dan semuanya berlokasi di Kabupaten Gresik. Perbedaan jumlah tersebut kemungkinan disebabkan karena kurangnya konsolidasi/komunikasi antara Dinas kesehatan dengan BPS.

Tabel 4.2 Ketersediaan Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Gresik tahun 2013

No	Sarana Kesehatan	Profil Dinkes Kab. Gresik 2013	Gresik Dalam Angka 2013
1	Rumah Sakit Umum	9	8
2	Rumah Sakit Khusus	1	1
3	Puskesmas		
	a. Puskesmas Perawatan	17	17
	b. Puskesman Non Perawatan	15	12
4	Puskesmas Poned	10	-
5	Puskesmas Pembantu	77	77
6	Ponkesdes	225	-
7	Rumah Bersalin	9	-

No	Sarana Kesehatan	Profil Dinkes Kab. Gresik 2013	Gresik Dalam Angka 2013
8	Klinik	64	-
9	Praktik Dokter Bersama	0	-
10	Praktik Dokter Perorangan/ drg/dr.Sp	560	539
11	Posyandu	1457	1466

Sumber: Profil Dinkes Kabupaten Gresik tahun 2013 dan Gresik Dalam Angka 2013

Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan menjelaskan bahwa,

> "Jarak antara Kabupaten Gresik dan Kota Surabaya membutuhkan waktu beberapa menit, sehingga sebelum tersedia RS Swasta masyarakat Gresik mencari pelayanan kesehatan ke Surabaya. Saat ini dengan tersedianya rumah sakit swasta sangat menguntungkan penduduk Gresik, karena RS Swasta yang tersedia cukup memadai, dengan demikian masyarakat Gresik tidak perlu lagi mencari RS di Surabaya. Dalam pemberian ijin operasional Dinas Kesehatan mempermudah namun sesuai dengan tata kota dan peraturan lainnya."

Kabupaten Gresik terdiri dari 18 kecamatan. Dengan 32 Puskesmas maka dalam satu kecamatan terdapat lebih dari satu Puskesmas, kecuali Kecamatan Sangkapura dan Kecamatan Tambak yang berada di Pulau Bawean yang masing-masing kecamatan mempunyai 1 Puskesmas. Rasio Puskesmas terhadap penduduk Gresik secara keseluruhan sebesar 1:36.957 jiwa. Sesuai dengan tugas pokok Puskesmas dan jaringannya yaitu menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar, maka konsep jumlah Puskesmas terhadap penduduk atau kewilayahan merupakan acuan dalam pembangunan Puskesmas, sehingga secara konseptual Puskesmas menganut konsep wilayah yaitu 1 Puskesmas dapat melayani rata-rata 30.000 penduduk.

Secara geografis, kabupaten Gresik memiliki satu pulau yaitu pulau Bawean dengan 2 kecamatan, 2 Puskesmas dengan jumlah

penduduk sekitar 70.000 jiwa atau 1 Puskesmas mencakup 35.000 jiwa (1:35.000). Dari hasil perhitungan dengan konsep kewilayahan, seharusnya pulau Bawean memiliki lebih dari 2 Puskesmas. Tahun 2014 di Pulau Bawean telah berdiri satu rumah sakit sebagai ganti Puskesmas perawatan Sangkapura, selanjutnya Puskesmas Sangkapura menjadi Puskesmas Rawat Jalan. Pertimbangan Pemerintah Daerah dalam pembangunan Rumah Sakit antara lain untuk memperpendek akses rujukan pasien yang selama ini dikirim ke rumah sakit, karena apabila kondisi cuaca dan ombak laut yang tidak menentu mengakibatkan terhambatnya rujukan pasien. Kasus ini sebagai salah satu penyebab penyumbang kematian akibat keterlambatan penanganan.

Kasus rujukan dari Puskesmas di Pulau Bawean tahun 2013 terbanyak dari Puskesmas Sangkapura (58 pasien) dengan kejadian kematian akibat keterlambatan dalam merujuk. Menurut Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang 155 penyakit yang harus di-laksanakan oleh Puskesmas, kasus rujukan yang terdaftar dalam 155 penyakit harus dapat diselesaikan di Puskesmas, dengan demikian harapan kasus rujukan akan berkurang.

Dalam upaya mendekatkan akses pelayanan kesehatan pada masyarakat, Kabupaten Gresik memfasilitasi melalui sarana transportasi, yaitu setiap Puskesmas tersedia 1 kendaraan Puskesmas keliling, kendaraan roda 4 dan kendaraan roda 2, serta disiapkan 74 unit Puskesmas pembantu, sehingga ratio terhadap penduduk 1:14.898.

Kabupaten Gresik telah mengembangkan berbagai bentuk UKBM yaitu Posyandu, Polindes, Poskestren, serta pengembangan Desa Siaga yaitu Pos Kesehatan Desa (Poskesdes).

Posyandu merupakan salah satu bentuk UKBM yang paling dikenal dan diminati masyarakat, Posyandu dan polindes menye-

lenggarakan minimal 5 program prioritas, yaitu kesehatan Ibu dan anak, KB, perbaikan gizi, imunisasi dan penanggulangan diare. Jumlah Posyandu 1.444 unit dikelompokkan dalam 4 strata masing-masing Posyandu pratama (1,39%), Posyandu Madya (25%), Posyandu Purnama (65,93%) dan Posyandu Mandiri (7,69%).

Analisis Rasio antara Fasilitas Kesehatan dengan Jumlah Penduduk

Sumber daya kesehatan lain yang tidak kalah pentingnya adalah ketersediaan sarana kesehatan yang cukup secara jumlah/ kuantitas dan kualitas bangunan yang menggambarkan unit sarana pelayanan kesehatan yang bermutu baik, pendukung dan sanitasi kesehatan lingkungan. Unit pelayanan kesehatan dibagi atas beberapa kategori yaitu Puskesmas Pembantu (Pustu), Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), Rumah Sakit Umum dan unit pelayanan tehnis kesehatan lain. Selain fasilitas pelayanan kesehatan tersebut juga dibangun dan dikembangkan fasilitas pelayanan berbasis masyarakat antara lain Pondok Bersalin Desa (Polindes). Sebagai upaya untuk menghitung kecukupan jumlah fasilitas kesehatan terhadap penduduk, Pemerintah menerbitkan Peraturan Nomor 6 Tahun 2008 yang menyebutkan bahwa:

1. Rasio Posyandu per satuan balita adalah jumlah Posyandu/ jumlah balita dikalikan 1000;
2. Rasio Puskesmas, poliklinik, Pustu per satuan penduduk adalah jumlah Puskesmas, poliklinik, Pustu dibagi jumlah penduduk dikalikan 1000;
3. Rasio Rumah Sakit per satuan penduduk adalah Jumlah Rumah Sakit dibagi dengan Jumlah penduduk dikalikan 1000; dan

4. Rasio Tenaga Medis per satuan penduduk adalah jumlah tenaga medis dibagi jumlah penduduk dikalikan 1000.

Rasio tersebut menggambarkan penyediaan fasilitas. pelayanan kesehatan. Sarana pelayanan kesehatan ialah Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas pembantu, Puskesmas Keliling, Pos KIA, Balai Pengobatan dan lain-lain. Rasio ini berupa perbandingan antara jumlah penduduk di suatu wilayah tertentu dengan jumlah sarana pelayanan kesehatan yang terdapat di wilayah tersebut. Dari rasio ini dapat diketahui banyaknya penduduk yang harus dilayani oleh sebuah sarana pelayanan kesehatan. Angka ini dapat digunakan sebagai indikator untuk menilai kecukupan penyediaan sarana pelayanan kesehatan. Indikator tersebut harus disertai dengan kriteria standar dan target yang diinginkan. Kriteria standar untuk kecukupan tidak sama pada setiap wilayah, tergantung dari kebutuhan masyarakat dan jenis pelayanan. Dengan demikian sebaiknya kriteria, standart ditentukan oleh masing-masing daerah. Perhitungan rasio ini pada berbagai wilayah menghasilkan distribusi sarana kesehatan yang dapat digunakan sebagai pegangan untuk menyusun rencana pemerataan sarana pelayanan kesehatan.

Puskesmas

Pada tahun 2013, jumlah Puskesmas di Kabupaten Gresik tercatat sebanyak 32 unit dan 77 Puskesmas pembantu (Pustu). Rasio Puskesmas per 100.000 penduduk sebesar 1:26.000 artinya rata-rata Puskesmas di Kabupaten Gresik melayani 26.000 penduduk sedangkan rasio Pustu terhadap Puskesmas yakni 2:1, artinya setiap 1 Puskesmas terdapat 2 Pustu.

Bila dibandingkan dengan konsep wilayah kerja Puskesmas, di mana sasaran penduduk yang dilayani oleh sebuah Puskesmas

rata-rata 30.000 penduduk, maka jumlah Puskesmas per 30.000 penduduk di Kabupaten Gresik pada tahun 2013 rata-rata adalah 1,2. Ini berarti bahwa 30.000 orang rata-rata dilayani 1,2 Puskesmas. Dengan angka kecukupan tersebut diharapkan Puskesmas sudah dapat menjangkau penduduk sasaran di wilayah kerjanya.

Posyandu

Menurut data profil Dinas Kesehatan kabupaten Gresik, jumlah Posyandu pratama 19 unit, Posyandu madya 168 unit, Posyandu purnama 1.125 unit dan Posyandu mandiri 154 unit. Jumlah balita pada tahun 2013 yang dihitung pada periode tertentu adalah 1.466, sehingga rasio Posyandu terhadap jumlah balita pada periode tertentu terhadap 100.000 penduduk adalah 1:14,35 artinya satu Posyandu dapat melayani 1.435 balita.

Rumah Sakit

Pada tahun 2013 perkembangan jumlah rumah sakit (umum dan khusus) di Kabupaten Gresik cenderung relatif stabil, yaitu 9 Rumah Sakit Umum. Selain jumlah rumah sakit, untuk menggambarkan ketersediaan dan cakupan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan bagi masyarakat perlu pula disajikan data jumlah tempat tidur rumah sakit dan rasio tempat tidur rumah sakit per 100.000 penduduk. Untuk tahun 2013, Rasio Rumah Sakit terhadap jumlah penduduk 1:731.256, dengan jumlah tempat tidur yang tersedia 802, sehingga satu rumah sakit dapat melayani 9.118 tempat tidur dengan rasio terhadap 100.000 penduduk atau rasio sebesar 91,18 per 100.000 penduduk atau rata-rata setiap tempat tidur rumah sakit melayani 9.118 penduduk dalam setahun.

Tempat tidur rumah sakit dan Puskesmas menunjukkan kemampuan sarana pelayanan kesehatan untuk memberikan pe-

layanan rawat inap bagi pasien perawatan dan penanganan lebih lanjut. Menurut Standart WHO, rasio ideal satu tempat tidur berbanding per 1000 penduduk. Proporsi ini merupakan perbandingan antara jumlah pengunjung dalam suatu periode tertentu per 100.000 penduduk. Proporsi ini juga merupakan persentase penduduk yang menggunakan sarana kesehatan yang tersedia, tergantung dari jenis pelayanan, misalnya pelayanan pemeriksaan ibu hamil, pertolongan persalinan, pelayanan keluarga berencana, pelayanan balita dan lain-lain. Proporsi ini dapat digunakan sebagai indikator untuk mengetahui penggunaan sarana pelayanan kesehatan oleh masyarakat dan dipengaruhi oleh beberapa faktor sebagai berikut.

1. Jarak antara rumah penduduk dengan letak sarana pelayanan kesehatan atau waktu yang dibutuhkan untuk mencapai sarana pelayanan kesehatan. Semakin jauh jarak atau makin banyak waktu yang dibutuhkan penduduk untuk mencapai sarana pelayanan kesehatan, proporsi ini makin kecil.
2. Kualitas pelayanan

   Pelayanan kesehatan yang tersedia harus mempunyai kualitas yang sesuai dengan keinginan masyarakat. Kualitas pelayanan kesehatan yang dapat diterima tergantung dari wilayah, tingkat sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan lain-lain.
3. Sosial ekonomi

   Yang termasuk dalam sosial ekonomi ialah kemampuan masyarakat untuk membiayai pelayanan kesehatan yang diterima.
4. Jenis pelayanan kesehatan

   Jenis pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat akan meninggikan proporsi ini, sebaliknya pelayanan kesehatan yang belum dirasakan kebutuhannya akan menurunkan proporsi.

D. Ketersediaan Tenaga Kesehatan

Berdasarkan analisis ketersediaan tenaga kesehatan, terdapat dua data yang dijadikan rujukan yaitu Profil Dinas Kesehatan Tahun 2013, dan hasil Riset Fasilitas Kesehatan yang dilaksanakan pada tahun 2011 oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan. Perbandingan kedua data tersebut disajikan pada Tabel 4.3.

Tabel 4.3 Ketersediaan Tenaga di Kabupaten Gresik berdasarkan Profil Kesehatan 2013, dan Rifaskes Tahun 2011

No	Sarana Kesehatan	Profil Dinkes (Th. 2013)	Rifaskes (Th. 2011)
1	Dokter Spesialis	54	-
2	Dr Umum	123	52
3	Dokter gigi	54	-
4	Apoteker	13	-
5	Sarjana Kesehatan Masyarakat	19	-
6	Perawat	461	358
7	Bidan	Data tidak tersedia	436

Sumber Data: Profil DinKes Kab Gresik 2013, Rifaskes 2011

Tabel 4.3 menunjukkan jumlah tenaga kesehatan yang tersedia untuk melayani penduduk Kabupaten Gresik mengalami peningkatan yang sangat besar apabila dibandingkan antara hasil Riset Fasilitas Kesehatan yang dilaksanakan pada tahun 2011 dengan profil Kabupaten gresik 2013. Jumlah tenaga kesehatan yang tersedia dapat digunakan sebagai indikator penghitungan rasio penduduk dalam mendapatkan pelayanan dari tenaga kesehatan.

Rasio tenaga kesehatan terhadap penduduk

Rasio dihitung berdasarkan perbandingan antara jumlah penduduk suatu wilayah dengan jumlah petugas kesehatan tertentu atau sebaliknya.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah penduduk suatu wilayah tertentu}}{\text{Jumlah petugas kesehatan tertentu}}$$

Rasio dihitung untuk setiap jenis petugas kesehatan, misalnya rasio antara jumlah penduduk dan dokter, antara jumlah penduduk dan dokter gigi, antara jumlah penduduk dan bidan, antara jumlah penduduk dan perawat, antara jumlah penduduk dan kader kesehatan dan lain-lain.

Besarnya rasio ini selain dipengaruhi oleh jumlah penduduk, dipengaruhi pula oleh jenis pelayanan kesehatan. Misalnya, besarnya rasio antara jumlah penduduk dan dokter berbeda dengan rasio antara penduduk dan bidan.

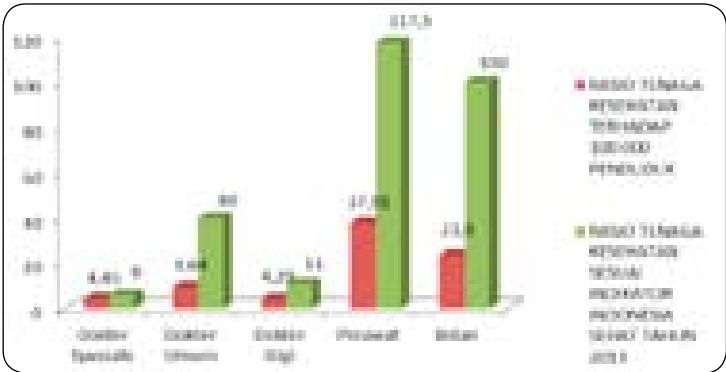
Perhitungan rasio ini dapat dimanfaatkan sebagai indikator untuk menyusun rencana dalam penyediaan jumlah dan jenis tenaga kesehatan yang dibutuhkan, hingga pendidikan, pelatihan, dan penyebaran tenaga kesehatan dapat disesuaikan dengan kebutuhan.

Dari rasio dapat diketahui jumlah penduduk yang harus dilayani oleh seorang tenaga kesehatan tertentu, karena rasio ini dapat digunakan sebagai indikator untuk menilai kecukupan penyediaan tenaga kesehatan untuk suatu jenis pelayanan kesehatan. Variasi ini tergantung dari jenis petugas kesehatan. Misalnya, rasio antara jumlah penduduk dan jumlah dokter bervariasi antara 1000:1 sampai 50.000:1, sedangkan variasi antara jumlah penduduk dan dokter gigi antara 100:1 sampai 10.000:1.

Tabel 4.4 Rasio Tenaga Kesehatan Kabupaten Gresik Tahun 2013

No	Uraian	Jumlah	Rasio Tenaga Kesehatan per 100.000 Penduduk	Standar Indikator Indonesia Sehat 2013
1	Dokter Spesialis	54	4,45	6,0
2	Dokter Umum	123	9,64	40
3	Dokter Gigi	54	4,29	11
4	Perawat	461	37,91	117,5
5	Bidan	298	23,9	100
6	Kefarmasian	62	4,78	10
7	Kesmas	21	2,17	40
8	Gizi	29	2,06	22
9	Sanitasi	-	-	40

Sumber data: Profil Dinas Kesehatan Kab Gresik Tahun 2013

Tabel 4.4 merupakan hasil perhitungan rasio jumlah tenaga strategis terhadap 100.000 penduduk di Kabupaten Gresik, dibandingkan dengan Rasio Indonesia Sehat 2013. Lebih lanjut kesenjangan tersebut digambarkan pada gambar 4.3.

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik

Gambar 4.3 Kesesuaian Rasio Tenaga strategis terhadap penduduk di Kota Gresik

Gambar 4.3 menunjukkan bahwa rasio tenaga strategis di Kabupaten Gresik lebih rendah apabila dibandingkan dengan rasio

tenaga kesehatan sesuai Indikator Sehat tahun 2013. Melihat perbandingan rasio tenaga kesehatan per 100.000 penduduk saat ini dengan rasio tenaga kesehatan sesuai Indikator Indonesia sehat tahun 2013, maka untuk tenaga dokter, bidan, dan perawat masih perlu penambahan tenaga yang cukup banyak. Meski demikian Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan menyatakan bahwa tenaga bidan sudah cukup,

> "Sebetulnya untuk tenaga bidan di Kabupaten Gresik sudah cukup, artinya setiap desa telah ada tenaga bidan yaitu satu desa satu bidan, saat sekarang yang masih kurang adalah tenaga perawat."

Pada saat AKI dan AKB tinggi, berbondong-bondong orang mendirikan akademi kebidanan, tanpa memperhitungkan lahan praktik bidan sehingga ada istilah praktik pandang, *partograph* hanya sebagai pajangan dsb. Beberapa institusi mulai melupakan bahwa tenaga keperawatan juga penting, Begitu pula untuk tenaga dokter. Secara bertahap permasalahan tenaga medis juga tidak menjadi masalah karena telah tercukupi dari tenaga lokal, putra daerah yang melamar ke PemDa Gresik akan menjadi prioritas. Saat ini tenaga dokter yang berada di Pulau Bawean, sebagian besar adalah putra-putri Kabupaten Gresik. Dengan tercukupinya tenaga maka akses masyarakat menuju pelayanan kesehatan tidak bermasalah atau permasalahan untuk akses hampir tidak terjadi, di samping karena Kabupaten Gresik merupakan perkotaan yang dekat dengan ibukota Jawa Timur. Saat sekarang yang masih menjadi masalah adalah sarana kesehatan yang ada di pulau Bawean. Tahun 2015 permasalahan akses di Kepulauan Bawean diharapkan akan teratasi dengan didirikannya rumah sakit sebagai tempat rujukan, walau masih terbatas pada pelayanan 4 spesialis (kandungan, bedah, anak dan penyakit dalam).

E. Sekilas tentang Pelayanan Kesehatan di Pulau Bawean

Bawean adalah sebuah pulau yang terletak di Laut Jawa, sekitar 80 mil atau 120 kilometer sebelah utara Kota Gresik. Kata Bawean berasal dari bahasa Sanskerta, yang berarti "ada sinar matahari". Secara administratif, pulau ini termasuk wilayah Kabupaten Gresik, Provinsi Jawa Timur. Belanda (VOC) masuk pertama kali ke Pulau ini pada tahun 1743. Sebelum tahun 1974 Pulau Bawean masuk dalam wilayah Kabupaten Surabaya, sebelum dibentuknya Kabupaten Gresik. Namun sejak tahun 1974 pulau Bawean dimasukkan ke dalam wilayah Kabupaten Gresik karena memang letaknya lebih dekat dengan Kabupaten Gresik.

Bawean memiliki 2 kecamatan yaitu Sangkapura dan Tambak. Menurut data statistik Jumlah penduduk sekitar 70.000 jiwa, sedangkan menurut profil Dinas Kesehatan 2013 jumlah penduduk yang tercatat adalah 110.218 jiwa, masing-masing di Kecamatan Sangkapura 71.164 jiwa dengan kepadatan sebesar 599,43 per km^2 dan kecamatan Tambak 39.054 jiwa dengan kepadatan 496,24 per km^2 dan merupakan pembauran beberapa suku yang berasal dari pulau Jawa, Madura, Kalimantan, Sulawesi dan Sumatera termasuk budaya dan bahasanya. Berdasarkan sejarah, Pulau Bawean telah berusia 271 tahun, penduduk tertua (≥65 tahun) tercatat di Kecamatan Sangkapura sebanyak 1520 jiwa, Kecamatan Tambak 834 jiwa. Usia 30-34 tahun merupakan jumlah penduduk terbanyak di Pulau Bawean (4.848), disusul dengan usia 15-19 tahun (4.758 jiwa). Penduduk Bawean kebanyakan memiliki mata pencaharian sebagai nelayan atau petani selain sebagian TKI di Malaysia dan Singapura, sebagian besar di antara mereka telah mempunyai status penduduk tetap di negara tersebut, selain menetap di Australia dan Vietnam. Etnis mayoritas penduduk

Pulau Bawean adalah Suku Bawean, dan suku-suku lain misalnya Suku Jawa, Madura, Bugis, Mandar, Mandailing, Banjar dan Palembang. Bahasa percakapan sehari-hari yang digunakan adalah bahasa Bawean. Saat ini satu-satunya transportasi menuju ke pulau Bawean adalah kapal, dengan waktu tempuh 3 sampai 7 jam. Tahun 2016 direncanakan dibuka jalur pesawat dari Surabaya ke Pulau Bawean.

Sumber: Pemerintah Kabupaten Gresik

Gambar 4.4 Lokasi Pulau Bawean Kabupaten Gresik

Apabila cuaca kurang bagus, jadwal kapal dikurangi sehingga pasien rujukan ke kabupaten Gresik harus menunggu, beberapa penduduk dan petugas kesehatan di pulau Bawean mengatakan bahwa perubahan jadwal kapal akan berdampak terhadap kesehatan karena apabila pasien tertunda dirujuk maka terjadi menumpuk di Puskesmas.

1. Profil Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas Sangkapura dan Puskesmas Tambak

Sesuai dengan rencana strategis Kementerian Kesehatan yang menyebutkan bahwa kesehatan ibu dan anak merupakan indikator terpenting. Suatu wilayah dapat dikategorikan sehat apabila jumlah ibu mati, bayi mati, dan balita gizi buruk sangat rendah atau nol, walaupun pada dasarnya angka tersebut sulit didapatkan. Tabel 4.5 memperlihatkan kasus KIA di Puskesmas Sangkapura dan Puskesmas Tambak di Pulau Bawean.

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa jumlah ibu hamil yang melaksanakan pemeriksaan pada trisemester 1 (K1) pada Puskesmas Sangkapura hanya mencapai sekitar 70%, sedang Puskesmas Tambak mencapai sekitar 76%. Kunjungan K1 dapat sebagai pertanda awal kepastian ibu hamil. Pada trisemester 4 atau K4 jumlah kunjungan menurun. 90% dari ibu hamil telah mendapatkan tablet F1 dan F3 selama 90 hari sebagai upaya pencegahan pre-eklamsi/perdarahan.

Terdapat ketidaksinkronan data pada Tabel 4.5, yaitu antara jumlah bayi lahir hidup dan mati, dengan jumlah bayi yang ditolong tenaga kesehatan. Pada Puskesmas Sangkapura, terdapat 2 bayi yang belum diketahui pertolongan persalinannya, dan 1 bayi di Puskesmas Tambak. Dari perbedaan angka kedua Puskesmas tersebut, yaitu antara jumlah bayi lahir mati/hidup dengan pertolongan oleh tenaga kesehatan, menunjukkan masih terdapat persalinan yang ditolong oleh non tenaga kesehatan. Begitu pula dengan jumlah balita yang mendapatkan imunisasi, belum semua balita mendapatkan imunisasi. Data imunisasi Hb-0 tidak diketemukan. Pada Puskesmas Sangkapura dan Puskesmas Tambak masih diketemukan balita dengan gizi kurang dan di Puskesmas Sangkapura di ketemukan 5 balita dengan gizi buruk.

Tabel 4.5 Cakupan Pelayanan Kesehatan Puskesmas Sangkapura dan Puskesmas Tambak, Tahun2013

No	Indikator	Puskesmas Sangkapura	Puskesmas Tambak
1	Jumlah Ibu Hamil	1.317	723
2	Kunjungan K1	849	543
3	Kunjungan K4	732 (55,58%)	515 (71,23%)
4	Pemberian Tablet Fe1	792	534
5	Pemberian Tablet Fe3	735	506
6	Jumlah Bayi Lahir Hidup	843	548
7	Jumlah Bayi Lahir Mati	7	4
8	Kelahiran ditolong Nakes	852	541
9	Persalinan di fasilitas kesehatan	782	535
10	Jumlah BBLR	5	3
11	Jumlah Bayi ditimbang	3887	2397
12	Jumlah Balita Gizi Kurang	17	69
13	Jumlah Balita Gizi Buruk	5	0
14	Jumlah Pemberian Hb1	859	549
15	Imunisasi BCG	847	558
16	Imunisasi Polio	851	530

Sumber: Profil Dinas Kesehatan Kab.Gresik Tahun 2013

2. Kejadian Penyakit Menular di Puskesmas Sangkapura dan Puskesmas Tambak

Menurut Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik tahun 2013, beberapa kasus penyakit yang dilaporkan di Puskesmas Sangkapura dan Puskesmas Tambak sebagai berikut.

Tabel 4.6 Profil Penyakit Menular di Kec. Sangkapura dan Kec. Tambak

No	Kasus Penyakit Menular/ Tidak Menular	Puskesmas Sangkapura	Puskesmas Tambak
1	TB Paru (BTA^{+})	11	4
2	Malaria	0	0
3	HIV-AIDS	0	1
4	Kusta Baru	5	6

Sumber Data: Profil Dinas Kesehatan Kab Gresik, 2013

Jumlah kasus baru untuk TB paru yang terjaring oleh Puskesmas Sangkapura lebih banyak dibandingkan Puskesmas Tambak. Walaupun jumlah kasus yang melapor atau datang ke Puskesmas masih rendah, namun karena tingkat penyebaran yang relatif cepat sehingga perlu dilakukan pencegahan secara dini melalui penyuluhan atau pendampingan secara ketat kepada keluarga pasien. Penduduk Pulau Bawean terkenal dengan penduduk perantau, sehingga moda penyakit yang sifatnya perilaku dan virus yang terbawa oleh manusia akan lebih cepat berpengaruh, misalnya HIV-AIDS.

F. Kesimpulan dan Rekomendasi

Lokasi Kabupaten Gresik pada dasarnya sangat strategis karena berhimpitan dengan ibukota Jawa Timur yaitu Surabaya dan merupakan jalur padat di wilayah utara Jawa Timur sehingga transportasi ataupun akses ke tempat-tempat pelayanan kesehatan dapat dengan mudah terjangkau oleh masyarakat. Sarana kesehatan yang tersedia saat ini cukup memadai yaitu dengan tersedianya rumah sakit pemerintah dan swasta, yang secara keseluruhan mencapai 802 tempat tidur, dibantu dengan beberapa Puskesmas pembantu sebagai garda utama masyarakat. Untuk wilayah terjauh dari Kabupaten Gresik adalah Pulau Bawean, namun pada tahun 2014 telah dibangun dan diresmikan Rumah Sakit Pemerintah, sehingga rujukan pasien tidak lagi menjadi kendala.

Akses pelayanan kesehatan selain moda transportasi, juga sumber daya manusia. Hasil studi ini menunjukkan bahwa rasio tenaga kesehatan terhadap penduduk di Kabupaten Gresik masih kurang, terutama untuk tenaga-tenaga strategis yaitu dokter spesialis, dokter umum, perawat, dan bidan. Pada era

desentralisasi ini pengadaan tenaga merupakan kewenangan daerah untuk dapat memenuhinya.

Analisis informasi pada profil kesehatan tahun 2013 pada program kegiatan kesehatan ibu dan anak masih terdapat beberapa data yang ketika dilakukan distribusi silang menunjukkan hasil yang kurang selaras. Informasi tersebut misalnya jumlah ibu hamil, jumlah persalinan dan lahir mati/hidup, serta pemberian imunisasi yang telah dilakukan.

Dari beberapa uraian di atas, dalam upaya memperkecil jumlah angka kematian ibu dan anak di Kecamatan Sangkapura dan Kecamatan Tambak, serta memperpendek waktu rujukan dari rumah sakit di Pulau Bawean ke rumah sakit Ibnu Sina Gresik maka dapat direkomendasikan,

1. Kabupaten Gresik perlu mempersiapkan kapal dengan fasilitas UGD komprehensif sebagai moda transportasi antara pulau Bawean dengan Kabupaten Gresik.
2. Rumah Sakit di Pulau Bawean perlu ditingkatkan, dari rumah sakit tipe D menjadi rumah sakit tipe C dengan fasilitas empat dasar yaitu spesialis penyakit dalam, spesialis kandungan, spesialis bedah, dan spesialis anak.
3. Dengan prediksi bertambahnya penduduk migran dan peningkatan pengetahuan serta beberapa penyakit resiko akibat keluar masuknya manusia ke pulau Bawean, maka disarankan untuk dipersiapkan pengetahuan masyarakat melalui penyuluhan tentang penyakit menular maupun tidak menular.

Daftar Pustaka

Budiarto, Eko. 1985. *Pengantar Statistika Kesehatan*. Bandung: Alumni

BPS Kab Gresik, *Gresik Dalam Angka*, Tahun 2010-2013

Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik, *Profil Dinas Kesehatan Gresik*, 2013

Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik, 2013 *Laporan Tahunan DinKes Kab Gresik Tahun 2013*

Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1202/menkes/sk/vii/2003 tentang Indonesia Sehat 2010 dan penetapan indikator kabupaten/kota sehat dan provinsi sehat

Statika fertilitas, Reno Ella Zaifa (*rhenoe.wordpress.com/category/statistika-kesehatan)*

http://www.djpk.depkeu.go.id

http://gresikkab.go.id/dinas/dinas-kesehatan

http://id.wikipedia.org/wiki/RS_Ibnu_Shina_Gresik

BAB 5

Studi Kasus Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Maluku Tenggara Barat

Agung Dwi Laksono - Noor Edi Sukoco

Dalam banyak kajian tentang aksesibilitas pelayanan kesehatan, seringkali yang dimunculkan adalah dimensi akses tentang masalah jarak dan waktu bagi masyarakat untuk mencapai sarana atau fasilitas pelayanan kesehatan. Kedua hal tersebut (jarak dan waktu) beberapa kali juga muncul sebagai artikel ilmiah dalam bentuk kajian aksesibilitas secara spasial[26]. Meski sebenarnya masih banyak potensi faktor lain yang bisa mempengaruhi masalah aksesibilitas ke pelayanan kesehatan tersebut[27].

---

[26] Lihat Bagheri, Nasser, George L. Benwell, Alec Holt, 2005. Measuring spatial accessibility to primary health care. *Proceeding*. The 17th Annual Colloquium of the Spatial Information Research Centre University of Otago, Dunedin, New Zealand, November 24th-25th 2005. Bandingkan dengan McGrail, Matthew R., John S. Humphreys, 2009. Measuring spatial accessibility to primary care in rural areas: Improving the effectiveness of the two-step floating catchment area method. *Applied Geography*, 29 (2009) 533–541. Bandingkan juga dengan Luo, Wei, Fahui Wang, 2003. Measures of spatial accessibility to health care in a GIS environment: synthesis and a case study in the Chicago region. *Environment and Planning*, 2003, volume 30, pages 865-884

[27] Lihat Levesque, Jean-Frederic, Mark F. Harris, Grant Russell, 2013. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. International Journal for Equity in Health, 2013, 12:18. Bandingkan dengan Coulter, Steven L., Tionna L. Jenkins, Stephen G. Jones, and J. Payne Carden, 2012. Health Care Reform:The Impact on Minority Populations in Tennessee. Tennessee; BlueCross BlueShield of Tennes-

Ada dua faktor utama yang diketahui bisa mempengaruhi aksesibilitas pelayanan kesehatan pada suatu wilayah. Bagian pertama yang paling mendasar adalah masalah *supply*, yaitu ketersediaan pelayanan kesehatan itu sendiri. Masalah ketersediaan ini meliputi ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan maupun ketersediaan tenaga kesehatannya[28].

Faktor kedua adalah faktor yang dianggap bisa menjadi *barrier* aksesibilitas pelayanan kesehatan. *Barrier* ini bisa berupa masalah geografis, cakupan luas wilayah, ketersediaan moda transportasi, persebaran dan kepadatan penduduk, sampai dengan ketersediaan pembiayaan kesehatan atau kepemilikan asuransi oleh masyarakat[29].

Membahas aksesibilitas pelayanan kesehatan sama artinya dengan membahas semua hal tersebut secara bersamaan. Hal ini masih ditambah dengan masalah kultur budaya setempat, apabila kita tidak bisa memahami dengan baik, justru akan menjadi bumerang dan pada akhirnya menjadi salah satu *barrier* yang bisa menghambat aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Tetapi bila kita cermat, justru kultur budaya yang ada di masyarakat bisa kita olah dan manfaatkan untuk meningkatkan aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

A. *Supply* Pelayanan Kesehatan

Sampai dengan tahun 2014 ini Kabupaten Maluku Tenggara Barat telah memiliki 11 Puskesmas yang tersebar di 10 kecamatan. Dari jumlah tersebut 9 di antaranya merupakan Puskesmas dengan

---

see Health Institute

28 Lihat Stephen G. Jones, 2012. Development of Multi-dimentional Health Care Access Index. *Proceeding*. ESRI Health Geographical Information System Conference. Bandingkan dengan Steven L. Coulter, Tionna L. Jenkins, Stephen G. Jones, and J. Payne Carden, 2012. *Health Care Reform: The Impact on Minority Populations in Tennessee.* Tennessee; BlueCross BlueShield of Tennessee Health Institute.

29 *Ibid*.

layanan perawatan. Ke-11 Puskesmas tersebut terinci menurut wilayah serta statusnya sebagai berikut.

Tabel 5.1 Distribusi Puskesmas Menurut Kecamatan di Kabupaten Maluku Tenggara Barat Tahun 2013

No	Puskesmas	Kecamatan	Status
1	Puskesmas Saumlaki	Tanimbar Selatan	Perawatan
2	Puskesmas Lorulun	Wertamrian	Perawatan
3	Puskesmas Adaut	Selaru	Perawatan
4	Puskesmas Namtabung	Selaru	Perawatan
5	Puskesmas Alusi Kelaan	Kormomolin	Perawatan
6	Puskesmas Larat	Tanimbar Utara	Perawatan
7	Puskesmas Seira	Wermaktian	Perawatan
8	Puskesmas Waturu	Nirunmas	Perawatan
9	Puskesmas Romean	Yaru	Perawatan
10	Puskesmas Wunlah	Wuarlabobar	Perawatan
11	Puskesmas Adodomolo	Molo maru	Perawatan

Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Maluku Tenggara Barat Tahun 2013.

Bila kita menghitung kecukupan Puskesmas hanya berdasarkan jumlah penduduk yang dilayani, yang oleh Kementerian Kesehatan ditetapkan sebesar 30.000 penduduk untuk satu Puskesmas, maka 11 Puskesmas untuk Kabupaten Maluku Tenggara Barat sudah lebih dari cukup. Karena untuk penduduk sejumlah 108.258 jiwa maka hanya dibutuhkan sekitar empat Puskesmas saja. Tetapi empat Puskesmas untuk menjangkau kabupaten kepulauan seluas Kabupaten Maluku Tenggara Barat dengan jumlah pulau mencapai 126 pulau, tentu saja bukan beban yang ringan.

Harus ada pertimbangan lain selain jumlah penduduk untuk dijadikan pertimbangan pendirian sebuah Puskesmas dalam suatu wilayah. Untuk wilayah seperti Kabupaten Maluku Tenggara Barat pertimbangan yang paling tepat adalah bentangan geografis. Bahkan seharusnya Puskesmas di wilayah kepulauan seperti ini harus memiliki kemampuan yang lebih lengkap dibanding

dengan Puskesmas di wilayah daratan biasa, minimal mendekati kemampuan pelayanan rumah sakit strata paling bawah. Hal ini dikarenakan masalah transportasi untuk menuju ke rumah sakit rujukan membutuhkan biaya yang tidak sedikit, selain masalah waktu yang hitungannya bisa berakibat fatal pada kasus-kasus gawat darurat.

Untuk fasilitas rujukan di Kabupaten Maluku Tenggara Barat tersedia dua rumah sakit milik pemerintah kabupaten dan satu rumah sakit swasta. Rumah sakit pemerintah yang pertama adalah Rumah Sakit Anatotti di Larat, dan yang kedua Rumah Sakit dr. P.P. Magreti di Lorolun, dan satu-satunya rumah sakit swasta adalah Rumah Sakit Fatimah di Saumlaki.

Selain ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, hal mendasar yang bisa berpengaruh pada aksesibilitas masyarakat ke pelayanan kesehatan adalah ketersediaan tenaga kesehatan. Di mana hal ini juga masih menjadi masalah tersendiri bagi kabupaten yang berbatasan laut secara langsung dengan Australia ini.

Secara lebih terinci gambaran ketersediaan tenaga kesehatan strategis (tenaga dokter, bidan dan perawat) serta kecukupan jumlahnya dapat dilihat pada Tabel 5.2 berikut.

Tabel 5.2 Ketersediaan Tenaga Kesehatan Strategis (Dokter, Bidan dan Perawat) di Kabupaten Maluku Tenggara Barat Tahun 2013

Jenis Tenaga[1]	Standar[2]	Keterangan		
		Tersedia	Kebutuhan	Selisih
Dokter Umum	40/100.000 penduduk	14	44	Kekurangan 38 tenaga dokter
Bidan	100/100.000 penduduk	55	109	Kekurangan 54 tenaga bidan
Perawat	117,5/100.000 penduduk	235	128	Kelebihan 107 tenaga perawat

Keterangan: Jumlah Penduduk Kabupaten Maluku Tenggara Barat Tahun 2013 sebanyak 108.258 jiwa[3]

Sumber:
1. Profil Kesehatan Kabupaten Maluku Tenggara Barat Th. 2013.
2. Departemen Kesehatan RI, 2003. *Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat: Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1202/Menkes/SK/VII/2003*. Jakarta; Departemen Kesehatan.
3. Profil Kesehatan Kabupaten Maluku Tenggara Barat Tahun 2013.

Kekurangan tenaga kesehatan di Kabupaten Maluku Tenggara Barat ini, terutama kekurangan tenaga bidan, disiasati oleh Dinas Kesehatan dengan kebijakan lokal yang sangat menarik. Dinas Kesehatan mengambil kebijakan dengan memanfaatkan tenaga perawat yang berlebih untuk dapat mensubtitusi peran tenaga bidan. Para perawat ini dilatih dengan keterampilan khusus untuk dapat melayani *antenatal care* (ANC) bagi ibu hamil sampai tingkat paling bawah di desa.

Selain melatih tenaga perawat untuk menjadi perawat plus, Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tenggara Barat sebenarnya juga mempunyai kebijakan lokal yang mirip untuk mengatasi kekurangan tenaga dokter kandungan atau dokter obgyn (*obstetric gynecology*). Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tenggara Barat melatih dokter umum untuk menjadi "dokter plus", dengan

kemampuan untuk melakukan operasi *sectio cesaria* tidak lagi di rumah sakit, tetapi di Puskesmas.

Dinas Kesehatan mendapatkan bantuan berupa perahu cepat (*speed boat*) dari Kementerian Kesehatan (Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan) untuk menjangkau sebagian besar wilayah kabupaten Maluku Tenggara Barat yang berupa kepulauan. Bantuan *speed boat* ini secara langsung dibagikan ke beberapa Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan.

Sumber: Dokumentasi Peneliti, November 2014

Gambar 5.1 *Speed Boat* Bantuan Pemerintah Pusat (melalui Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI) yang Mengalami Kerusakan di Kepulauan Selaru

Tetapi sangat disayangkan, bantuan *top-down* langsung dari pusat ini sepertinya salah standar atau spesifikasi. Kebanyakan *speed boat* tersebut saat ini dalam kondisi rusak. Kerusakan terutama terjadi pada mesin dieselnya, meski sebenarnya secara fisik kondisi badan *speed boat* masih relatif sangat bagus.

> "Iya pak mesin *speed* itu rusak, Pak. Saya sudah usulkan untuk direnovasi saja, kita perbaiki *speed* supaya dapat itu… diganti mesin tempel. Itu bisa habis 25 juta untuk perbaiki *body* saja. Belum mesin. Nanti bisa kita kasih mesin tempel dua buah yang 200 PK-an. Saya usul lewat APBD, tapi masih ditolak kemarin…"
>
> (Kepala Puskesmas Adaut)

> "Kami sebenarnya dapat juga Pak itu kapal *speed*. Tapi itu *speed* tidak cocok dengan kondisi di sini. Di sini kan laut luas ya… lepas. Harusnya itu dapat kapal *speed* yang lebih besar. Kalo *speed* model begitu kita Cuma berani sekitar pulau ini saja. Untuk menyeberang atau merujuk kita tidak berani… terlalu berisiko, Pak…"
>
> (Kepala Puskesmas Wunlah)

B. *Barrier* Pelayanan Kesehatan

Menurut Jones[30] ada tiga hambatan yang dapat mempengaruhi aksesibilitas masyarakat ke pelayanan kesehatan. Pertama adalah hambatan yang bersifat fisik, yaitu masalah transportasi dan kemampuan untuk bergerak. Hambatan kedua adalah hambatan yang bersifat ekonomi, yaitu kemampuan masyarakat untuk membayar dan kepemilikan asuransi kesehatan masyarakat. Hambatan ketiga adalah hambatan geografis, yang berupa tingkat kedekatan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia.

Sebagai sebuah wilayah kepulauan, Kabupaten Maluku Tenggara Barat jelas-jelas memiliki hambatan jenis pertama dan ketiga. Kondisi geografis Maluku Tenggara Barat yang terdiri dari 126 pulau menjadi potensi hambatan utama sekaligus pemicu

[30] Lihat Stephen G. Jones, 2012. Development of Multi-dimentional Health Care Access Index

hambatan lain, yaitu sarana transportasi laut yang terkenal sulit dan mahal.

Upaya transportasi rujukan dari Puskesmas ke rumah sakit – yang seringkali berlainan pulau – membutuhkan rata-rata dua juta sampai dengan tiga juta rupiah untuk sekali jalan. Bahkan angka ini bisa bergerak lebih fantastis untuk wilayah yang lebih jauh lagi, dari wilayah Puskesmas Adodomolo misalnya. Besaran angka ini didapatkan peneliti sebelum ada kenaikan harga BBM bulan November 2014.

Seperti sebuah lingkaran setan, "pendidikan-kemiskinan-kesehatan", merupakan tiga hal yang selalu bersinergi untuk secara bersama-sama melemahkan sendi-sendi kehidupan masyarakat. Kabupaten Maluku Tenggara Barat tercatat memiliki 28,43%[31] penduduk miskin (angka ini setara dengan sekitar 30.778 jiwa), yang tentu saja angka kemiskinan tersebut berpengaruh terhadap *ability to pay* (ATP) atau kemampuan masyarakat untuk membayar pelayanan kesehatan.

Meski demikian, ada sebanyak 62,9% dari seluruh penduduk Maluku Tenggara Barat yang mengaku memiliki asuransi atau pola pertanggungan biaya kesehatan lainnya. Angka sebesar itu, sebagian besar (81,2%) merupakan sumbangan angka dari bantuan pemerintah pusat berupa paket kepesertaan Jamkesmas[32].

C. *Demand* Pelayanan Kesehatan

Dalam sub pokok bahasan ini, *demand* pelayanan kesehatan akan coba diurai dan dibandingkan antara dua sumber informasi. Sumber informasi pertama adalah yang bersumber pada informasi rutin atau pencatatan-pelaporan dari fasilitas pelayanan kesehatan

---

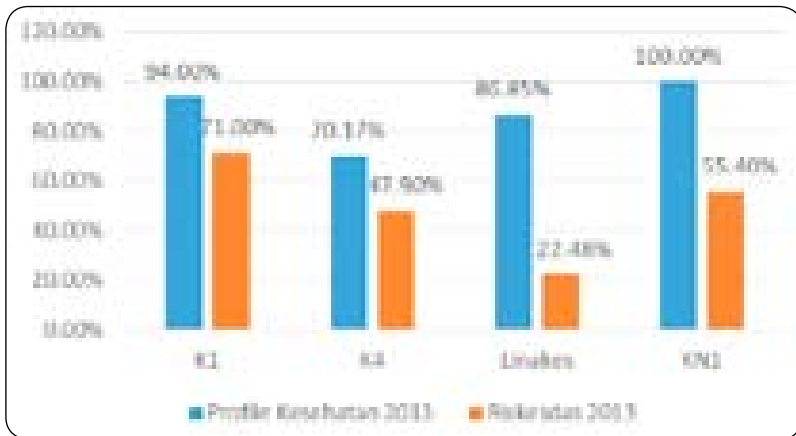
[31] Angka persentase ini sudah jauh menurun dibanding dengan persentase penduduk miskin pada tahun 2007 yang mencapai 44,15% (Profil Kesehatan Kabupaten Maluku Tenggara Barat Tahun 2013, Halaman 11).

[32] Angka persentase ini merupakan angka hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013.

(*facility based*). Sedang sumber informasi kedua adalah informasi yang bersumber dari masyarakat (*community based*). Data kedua ini penulis dapatkan dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) terakhir yang dilaksanakan pada tahun 2013.

Berdasarkan hasil pencatatan dan pelaporan fasilitas pelayanan kesehatan yang dirangkum dalam profil kesehatan Kabupaten Maluku Tenggara Barat tahun 2013 didapatkan bahwa ada sebanyak 76,49% penduduk yang melakukan akses rawat jalan ke pelayanan kesehatan, sementara 2,28% hanya tercatat sempat rawat inap di pelayanan kesehatan.

Persentase cakupan yang didapatkan dari hasil survei Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan angka yang berbeda. Riskesdas 2013 mencatat terdapat 9,5% penduduk Kabupaten Maluku Tenggara Barat yang mengaku melakukan akses rawat jalan ke fasilitas pelayanan kesehatan, sedang untuk rawat inap ada sekitar 1,1% saja yang mengaku melakukan rawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan satu tahun terakhir.

Perbedaan cakupan rawat jalan yang cukup ekstrem lebih dikarenakan Riskesdas hanya mencatat rawat jalan satu bulan terakhir, sedangkan profil kesehatan merupakan hasil pencatatan-pelaporan selama satu tahun penuh.

Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Maluku Tenggara Barat Tahun 2013
dan Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013

Gambar 5.2 Cakupan Persentase Pencapaian Program Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Maluku Tenggara Barat Tahun 2013

Secara umum ada perbedaan hasil cakupan antara pelaporan *facility based* dengan hasil survei *community based*. Hasil pencatatan-pelaporan yang bersumber dari fasilitas kesehatan selalu menunjukkan angka yang lebih tinggi. Hal ini juga terjadi pada pencapaian program kesehatan ibu dan anak. Seperti tergambar pada Gambar 5.2.

Pada program kesehatan ibu dan anak, perbedaan persentase cakupan terbesar ada pada indikator persalinan ke tenaga kesehatan. Hal ini lebih dikarenakan ada perbedaan definisi operasional di antara keduanya. Pada profil kesehatan definisinya adalah "persalinan ke tenaga kesehatan", sedang pada Riset Kesehatan Dasar definisi operasionalnya adalah "persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan".

D. Upaya Peningkatan Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan

Dengan segala kondisi dan keterbatasannya Kabupaten Maluku Tenggara Barat tetap berupaya secara maksimal untuk memenuhi kewajibannya terhadap masyarakat dalam menghadirkan pelayanan kesehatan sebaik mungkin. Untuk itu Pemerintah Kabupaten Maluku Tenggara Barat, dalam hal ini Dinas Kesehatan, menginisiasi beberapa inovasi pelayanan yang melibatkan manajemen pelaksanaan di lapangan, serta pemberdayaan masyarakat, dalam upaya meningkatkan aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di lapangan.

Tercatat 3 (tiga) strategi inovatif yang didapati peneliti dalam observasi partisipatif di lapangan. Ketiga inovasi lapangan tersebut adalah: 1) Strategi Pelayanan Gugus Pulau; 2) Rumah Tunggu; dan 3) Pemanfaatan kearifan lokal *Duan Lolat*.

1. Strategi Pelayanan Gugus Pulau

   Strategi pelayanan gugus pulau sebenarnya lebih merupakan penataan alur sistem rujukan (*referal system*). Strategi ini secara khusus dihadirkan untuk menanggulangi *barrier* akses pelayanan kesehatan dalam hal masalah geografis wilayah Kabupaten Maluku Tenggara Barat yang merupakan kepulauan.

   Strategi Gugus Pulau pada saat ini telah mempunyai dasar hukum yang kuat di tingkat kabupaten. Strategi ini sudah ditetapkan menjadi kebijakan positif melalui Peraturan Bupati Maluku Tenggara Barat Nomor 06 Tahun 2014 tentang Penetapan Penerapan Strategi Gugus Pulau Bidang Kesehatan di Kabupaten Maluku Tenggara Barat.

Dalam strategi gugus pulau ini wilayah Kabupaten Maluku Tenggara Barat dibagi menjadi dua bagian gugus besar. Gugus pertama adalah Gugus Tanimbar Utara, dan gugus ke-dua adalah Gugus Tanimbar Selatan.

Pada setiap gugus alur rujukannya dibagi menjadi dua alur, yaitu alur rujukan kasus atau pelayanan dan alur rujukan program. Untuk alur rujukan kasus, pada setiap gugus telah disiapkan rumah sakit sebagai pusat rujukan. Gugus Tanimbar Utara dipusatkan di Rumah Sakit Anatotti di Larat, dan Gugus Tanimbar Selatan berada di Rumah Sakit dr. P.P. Magreti di Lorulun.

Sedang untuk alur rujukan program, Puskesmas Larat ditunjuk sebagai pusat rujukan Gugus Tanimbar Utara. Sementara di Gugus Tanimbar Selatan Puskesmas Lorulun dijadikan sebagai pusat rujukan program. Alur rujukan program ini sekaligus juga difungsikan untuk alur peningkatan kapasitas sumber daya manusia. Menurut rencana pada tahun 2014 pusat rujukan program Gugus Tanimbar Selatan akan dialihkan dari Puskesmas Lorulun ke Puskesmas Saumlaki yang sebentar lagi akan selesai proses renovasi gedungnya.

Sumber: Peraturan Bupati Maluku Tenggara Barat Nomor 06 Tahun 2014

Gambar 5.3 Pemetaan Strategi Gugus Pulau Bidang Kesehatan di Kabupaten Maluku Tenggara Barat Tahun 2014

Selain kedua gugus utama tersebut, masih ada satu sub gugus, yaitu Sub Gugus Selaru. Sub Gugus Selaru ini justru merupakan prototipe awal dari strategi gugus pulau. Keberadaan Sub Gugus Selaru ini untuk melayani wilayah kepulauan di sekitar Pulau Selaru. Secara detail gambaran visual pembagian wilayah dalam bentuk gugus serta arah alur rujukan di Gugus Tanimbar Utara maupun Selatan dapat dilihat pada gambar 5.3.

2. Rumah Tunggu

Selain strategi gugus pulau, untuk mengatasi masalah geografis Kabupaten Maluku Tenggara Barat juga mempunyai strategi lain untuk melengkapi keberadaan strategi gugus

pulau. Strategi kedua ini adalah Strategi Rumah Tunggu Persalinan.

Strategi Rumah Tunggu ini merupakan sebuah upaya untuk mengurangi angka kematian ibu maupun bayi yang cukup tinggi di wilayah ini. Strategi ini berupaya mendekatkan ibu hamil ke fasilitas pelayanan kesehatan menjelang persalinan.

Dalam pelaksanaannya, strategi ini melibatkan upaya pemberdayaan masyarakat. Rumah yang dijadikan Rumah Tunggu bukanlah sebuah bangunan yang baru dibentuk atau baru didirikan, tetapi memanfaatkan rumah masyarakat yang bersedia secara sukarela dimanfaatkan untuk menampung ibu hamil/bersalin.

Tidak ada *reward* atau penggantian dalam bentuk apapun untuk pemanfaatan rumah penduduk ini. Hanya ucapan terima kasih saja dari pihak Puskesmas.

"…sukarela, Pak. Tidak ada biaya atau uang sewa apapun dari Pemerintah atau Puskesmas untuk Rumah Tunggu… saya kelola uang 100 ribu dari Puskesmas yang untuk makan dua orang yang tinggal di sini saja. Tiga kali makan dan dua kali kue-kue… itu untuk ibu yang mau melahirkan dan satu pendampingnya…"

(Ibu R, Pemilik Rumah Tunggu)

Sumber: Dokumentasi Peneliti, November 2014

Gambar 5.4 Rumah Tunggu Tutuk Ratu di Desa Adaut Kecamatan Selaru Kabupaten Maluku Tenggara Barat

Sampai dengan tahun 2013, untuk operasional Rumah Tunggu, Pemerintah Kabupaten Maluku Tenggara Barat dibantu oleh Unicef untuk pembiayaan konsumsi ibu hamil dan satu pendampingnya selama di Rumah Tunggu. Biaya uang makan tersebut disediakan sebesar Rp100.000,- per hari selama dua minggu.

Uang sebesar Rp100.000,- tersebut dikelola oleh penduduk yang rumahnya dipakai sebagai Rumah Tunggu. Uang tak seberapa ini harus bisa dikelola untuk menyediakan makan besar tiga kali untuk dua orang, disertai kudapan kecil sebanyak dua kali di antara ketiga waktu makan besar.

Secara keseluruhan di Kabupaten Maluku Tenggara Barat tersedia tiga Rumah Tunggu. Ketiga Rumah Tunggu ini tersebar

di tiga wilayah yang berjauhan. Rumah Tunggu pertama di Kecamatan Selaru, kedua di Seira (wilayah Kecamatan Wermaktian), dan terakhir di Larat (wilayah Kecamatan Yaru).

Dalam observasi peneliti di salah satu Rumah Tunggu di Selaru, administrasi pencatatan pelaporan Rumah Tunggu sudah cukup tertata rapi.

Sumber: Dokumentasi Peneliti, November 2014

Gambar 5.5 Manajemen Pencatatan-Pelaporan Rumah Tunggu Tutuk Ratu di Desa Adaut, Kecamatan Selaru Kabupaten Maluku Tenggara Barat

Informasi secara lengkap keterangan ibu hamil/bersalin yang memanfaatkan Rumah Tunggu tercatat sebagai berikut:

a. Nama Ibu
b. Umur
c. G.P.A.
d. Tanggal Perkiraan Haid Terakhir
e. Tanggal Perkiraan Persalinan

f. Diagnosa
g. Asal Desa
h. Tanggal Masuk ruang Tunggu
i. Tanggal Partus
j. Keterangan.

Sumber: Dokumentasi Peneliti, November 2014

Gambar 5.6 Detail Isian Pencatatan-Pelaporan Rumah Tunggu Tutuk Ratu di Desa Adaut, Kecamatan Selaru Kabupaten Maluku Tenggara Barat

3. Pemanfaatan kearifan lokal “*Duan Lolat*”

Salah satu tradisi yang masih berjalan di masyarakat suku Tanimbar adalah tradisi *Duan Lolat*. Tradisi yang juga dikenal sebagai hukum adat ini lebih merupakan cerminan budaya gotong royong masyarakat suku Tanimbar dalam menghadapi suatu permasalahan. Lebih spesifik lagi merupakan sebuah upaya gotong royong secara materi untuk meringankan yang sedang membutuhkan biaya besar.

Menurut Ametelling (2011)[33], secara harfiah bahasa, "*Duan*" adalah "tuan", sedang "*Lolat*" adalah "hamba". Tetapi makna sesungguhnya tidaklah demikian. *Duan artinya pemberi anak perempuan dan Lolat artinya penerima anak perempuan. Hukum Duan Lolat sesungguhnya menyangkut "siapa memberikan apa, dan siapa menerima apa" karena posisinya sebagai Duan atau Lolat. Hal ini soal peran dan tanggung jawab, karena hubungan perkawinan.*

Hal berbeda dinyatakan oleh Luturmas (2009)[34], meski secara garis besar menunjukkan hal yang sama. Menurut Ina Luturmas istilah *Duan* berasal dari kata "*Ndrue*" yang artinya tuan, raja, pemimpin dan penguasa. Dalam strata sosial *Duan* ini selalu pada posisi di atas Lolat.

> "…dalam segala hal *Duan* sebagai pemegang napas *Lolat* artinya Duan merupakan asal segala hidup, pemberi hidup. Dalam hubungannya dengan manusia satu sama lain (laki-laki dan perempuan), *Duan* ini dimaksudkan sebagai perempuan yang merupakan lambang dari kehidupan, kesuburan yang dalam bahasa Tanimbar disebut '*Ompak Ain*' yang artinya tempat tanah. Dalam konteks perkawinan *Duan* adalah pemberi perempuan artinya *Duan* memiliki perempuan, jika perempuan itu hendak menikah maka Duan ini akan memberikan perempuan itu kepada seorang yang mau menjadi suaminya. Sedangkan kalau perempuan itu sudah menikah maka saudara laki-laki dari perempuan (pihak keluarga perempuan) akan berstatus sebagai *Duan* bagi suaminya (pihak keluarga laki-laki)."

Sejatinya, tradisi *Duan Lolat* ini berlaku hanya untuk peristiwa-peristiwa besar semacam kelahiran, pernikahan, mem-

---

[33] Lihat Ken Ametelling, 2011. *Tanimbar; Orang/Suku dan Kepulauan Tanimbar*. Diunduh pada bulan November 2014. di https://ameteling.wordpress.com/

[34] Lebih lanjut baca Ina Luturmas, 2009. *Pengaruh Budaya Duan dan Lolat dalam Kehidupan Masyarakat Tanimbar*. Diunduh pada bulan November 2014. http://stpakambon.wordpress.com/

bangun rumah dan juga peristiwa kematian. Tetapi petugas kesehatan di Kabupaten Maluku Tenggara Barat melihat tradisi ini sebagai peluang untuk diperluas pada bidang kesehatan.

"…itu *Duan Lolat* sebenarnya hanya berlaku untuk peristiwa tertentu saja, Pak… itu kelahiran, kematian, dan bangun rumah saja... Tapi kami berupaya, Pak… mengarahkan ke kesehatan dan juga pendidikan…"

(Ibu Sup, Kepala Puskesmas)

Meski demikian, perjalanan upaya untuk menggeser atau memperluas manfaat *Duan Lolat* ke bidang kesehatan bukanlah suatu pekerjaan yang mudah. Setidaknya petugas kesehatan di Kabupaten Maluku Tenggara Barat mengakui sulitnya mengubah pola pikir para *Duan*.

Membutuhkan waktu bertahun-tahun sebelum pada akhirnya para *Duan* mulai bergeser secara pelahan, untuk turut memikirkan nasib para *Lolat*-nya saat darurat sakit atau membutuhkan biaya untuk keperluan kesehatan yang lain.

"…itu kami berupaya, Pak… menggeser *Duan Lolat* untuk juga ke kesehatan. Itu bertahun-tahun meyakinkan para *Duan* agar juga mau juga turut memikirkan masalah kesehatan. Akhirnya pelan-pelan mereka bisa… mau ikut juga memikirkan…"

(Ibu Nel, Kabid Kesga)

"…mulai dulu sekali, Pak… pelan-pelan… akhirnya pada sekitar tahun 2010 itu saya rasa… mereka akhirnya mulai bergeser pemikirannya… mau memikirkan juga biaya untuk kesehatan… untuk persalinan. Masa orang mati pake kumpul-kumpul uang buat makan pesta, tapi pas waktu sakit tidak kumpul-kumpul uang buat bantu…"

(Ibu Oka[35], Bidan)

---

[35] Bidan Oka adalah bidan yang mempunyai darah suku asli kelahiran Pulau Selaru, tepatnya di Adaut.

Pada saat ini di lapangan telah ada beberapa upaya kegawatdaruratan medis, terutama persalinan, yang telah mendapatkan manfaat dari tradisi *Duan Lolat* ini. Para *Duan* telah turut andil memikirkan dan berkontribusi terhadap kesulitan yang dialami oleh *Lolat*-nya saat memerlukan biaya untuk transportasi rujukan maupun biaya pelayanan yang sangat besar.

> "…waktu itu sudah malam, Pak. Bayi sudah lahir… tapi plasenta belum… istri saya sudah lemas. Keputusan petugas Puskesmas yang datang harus dirujuk ke Saumlaki… maka waktu itu langsung kumpul-kumpul adat… itu *Duan Lolat*. Cepat saja… setengah jam itu… lalu kumpul uang buat bantu biaya…"
>
> (Pak Ais, 26 tahun)

> "…itu saya dirawat dua minggu Pak di Rumah Sakit Magreti. Kami sewa *speed* buat ke Saumlaki sekitar 2 juta, Pak. Trus biaya rumah sakit sekitar 7 juta… dengan biaya lain-lain total kami keluar biaya sampai 15 juta, Pak… lumayan bisa bantu itu, Pak… adat *Duan Lolat…*"
>
> (Ibu Yas, 20 tahun)

Duan lolat merupakan budaya lokal yang menggambarkan suatu proses gotong-royong untuk pertanggungan bersama saat ada keperluan atau sakit. Budaya ini merupakan cikal bakal gaya asuransi kesehatan modern. Hanya saja hal ini masih "primitif", dan dengan kepesertaan yang cukup kecil, sehingga tidak memenuhi hukum "bilangan besar" pada prinsip-prinsip asuransi, bahwa semakin banyak pesertanya maka sustainabilitasnya semakin terjamin.

Meski demikian, *duan lolat* bisa saja diangkat menjadi sebuah kebijakan kesehatan yang berbasis kearifan lokal. Tentu saja untuk merumuskannya diperlukan persetujuan dari pemuka adat serta pengambil keputusan setempat. Upaya mengangkat nilai (*value*) atau kearifan lokal sebagai sebuah kebijakan tercatat pernah dilakukan di Aceh untuk meredakan konflik yang sudah terjadi bertahun-tahun di bumi serambi mekah tersebut[36]. Kearifan lokal lainnya pernah dikajiterapkan di Kabupaten Bantul Provinsi Yogyakarta dalam kebijakan upaya pemulihan pasca bencana gempa. Dua tahun pemulihan telah menghasilkan "gambaran baru" kabupaten Bantul sebagai daerah yang terencana dengan strategi pembangunan yang ditargetkan dengan benar. Pada prinsipnya rakyat sendiri yang harus memutuskan bagaimana membangun kembali rumah mereka, pemerintah daerah hanya memberi bantuan untuk rumah tahan gempa[37].

E. Kesimpulan

Kabupaten Maluku Tenggara Barat merupakan kabupaten kepulauan yang memiliki potensi tantangan aksesibilitas pelayanan kesehatan yang cukup lengkap. Tantangan ini tidak hanya dikarenakan kondisi geografis, tetapi juga karena tingkat sosial ekonomi warganya yang cukup rendah.

Meski demikian, Kabupaten Maluku Tenggara Barat telah melakukan upaya yang luar biasa di tengah keterbatasan sumber daya yang dimilikinya. Kabupaten ini berhasil memanfaatkan potensi lokal yang ada. Hal ini terjadi tidak hanya pada pemanfaatan potensi sumber daya tenaga kesehatan saja, tetapi

---

[36] Lihat Ali, Islamy, Supriyono, & Muluk (2013). Bringing Local Wisdom-Based Local Government into Practice : A Quadrant Strategy Analysis. *Public Policy and Administration Research IISTE*, 3(5), 21–35.

[37] Baca Kusumasari & Alam (2012). Local wisdom-based disaster recovery model in Indonesia. *Disaster Prevention and Management*, *21*, 351–369. http://doi.org/10.1108/09653561211234525

juga rekayasa sistem rujukan untuk daerah dengan bentangan kepulauan yang luas, serta pemanfaatan budaya *duan lolat* untuk dimanfaatkan untuk dukungan di bidang kesehatan.

Daftar Pustaka

Ali, D. M., Islamy, M. I., Supriyono, B., & Muluk, M. R. K. (2013). Bringing Local Wisdom-Based Local Government into Practice : A Quadrant Strategy Analysis. *Public Policy and Administration Research IISTE*, *3*(5), 21–35.

Ametelling, Ken, 2011. *Tanimbar; Orang/Suku dan Kepulauan Tanimbar*. Diunduh pada bulan November 2014. di https://ameteling.wordpress.com/

Bagheri, Nasser, George L. Benwell, Alec Holt, 2005. Measuring spatial accessibility to primary health care. *Proceeding*. The 17th Annual Colloquium of the Spatial Information Research Centre University of Otago, Dunedin, New Zealand, November 24th-25th 2005

Coulter, Steven L., Tionna L. Jenkins, Stephen G. Jones, and J. Payne Carden, 2012. *Health Care Reform:The Impact on Minority Populations in Tennessee.* Tennessee; BlueCross BlueShield of Tennessee Health Institute

Departemen Kesehatan RI., 2003. *Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat: Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1202/Menkes/SK/VII/ 2003*. Jakarta; Departemen Kesehatan

Jones, Stephen G., 2012. *Development of Multi-dimentional Health Care Access Index*. Proceeding. ESRI Health Geographical Information System Conference

Kusumasari, B., & Alam, Q. (2012). Local wisdom-based disaster recovery model in Indonesia. *Disaster*

Prevention and Management, *21*, 351–369. http://doi.org/10.1108/09653561211234525

Levesque, Jean-Frederic, Mark F. Harris, Grant Russell, 2013. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 2013, 12:18

Luo, Wei, Fahui Wang, 2003. Measures of spatial accessibility to health care in a GIS environment: synthesis and a case study in the Chicago region. *Environment and Planning*, 2003, volume 30, pages 865-884

Luturmas, Ina, 2009. *Pengaruh Budaya Duan dan Lolat dalam Kehidupan Masyarakat Tanimbar*. Diunduh pada bulan November 2014. http://stpakambon.wordpress.com/

Maluku Tenggara Barat, Badan Pusat Statistik, 2013. *Kabupaten Maluku Tenggara Barat dalam Angka tahun 2013.* BPS Kabupaten MTB, Saumlaki

Maluku Tenggara Barat, Dinas Kesehatan Kabupaten, 2014. *Profil Kesehatan Kabupaten Maluku Tenggara Barat Tahun 2013*. Dinkes Kabupaten MTB, Saumlaki

Maluku Tenggara Barat, Pemerintah Kabupaten, 2014. *Peraturan Bupati Maluku Tenggara Barat Nomor 06 Tahun 2014 tentang Penetapan Penerapan Strategi Gugus Pulau Bidang Kesehatan di Kabupaten Maluku Tenggara Barat*. Pemkab MTB, Saumlaki

McGrail, Matthew R., John S. Humphreys, 2009. Measuring spatial accessibility to primary care in rural areas: Improving the effectiveness of the two-step floating catchment area method. *Applied Geography*, 29 (2009) 533–541

LAMPIRAN

Lampiran 1

DEFINISI OPERASIONAL

Indeks *Supply*

1. Jumlah Rumah Sakit Pemerintah
   Merupakan jumlah rumah sakit milik pemerintah di masing-masing kabupaten/kota. Sumber data yang digunakan adalah data Pusat Data dan Informasi Kemkes tahun 2011.
2. Jumlah Rumah Sakit Swasta
   Merupakan jumlah rumah sakit milik swasta (non pemerintah) di masing-masing kabupaten/kota. Sumber data yang digunakan adalah data Pusat Data dan Informasi Kemkes tahun 2011.
3. Jumlah Puskesmas non perawatan
   Merupakan jumlah Puskesmas tanpa fasilitas rawat inap di masing-masing kabupaten/kota. Sumber data yang digunakan adalah data Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Kemkes tahun 2013.
4. Jumlah Puskesmas perawatan
   Merupakan jumlah Puskesmas dengan fasilitas rawat inap di masing-masing kabupaten/kota. Sumber data yang digunakan adalah data Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Kemkes tahun 2013.
5. Rasio dokter per jumlah penduduk
   Merupakan perbandingan jumlah dokter dengan jumlah penduduk yang ada pada masing-masing kabupaten/kota. Rasio yang dihasilkan selanjutnya dibandingkan dengan standar rasio dokter yaitu 40 dokter per 100.000 penduduk. Sumber data yang digunakan adalah data Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Kemkes tahun 2013.

6. Rasio bidan per jumlah penduduk

   Merupakan perbandingan jumlah bidan dengan jumlah penduduk yang ada di masing-masing kabupaten/kota. Rasio yang dihasilkan selanjutnya dibandingkan dengan standar rasio bidan yaitu 100 bidan per 100.000 penduduk. Sumber data yang digunakan adalah data Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Kemkes tahun 2013.

7. Rasio perawat per jumlah penduduk

   Merupakan perbandingan jumlah perawat dengan jumlah penduduk yang ada di masing-masing kabupaten/kota. Rasio yang dihasilkan selanjutnya dibandingkan dengan standar rasio perawat yaitu 117,5 perawat per 100.000 penduduk. Sumber data yang digunakan adalah data Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Kemkes tahun 2013.

8. Rasio tempat tidur per jumlah penduduk

   Merupakan perbandingan jumlah tempat tidur pasien yang disediakan di Rumah Sakit dan Puskesmas dengan jumlah penduduk yang ada di masing-masing kabupaten/kota. Rasio yang dihasilkan selanjutnya dibandingkan dengan standar rasio tempat tidur yaitu 1 tempat tidur per 1.000 penduduk. Sumber data yang digunakan adalah data Sistem Informasi Rumah Sakit Ditjen Bina Upaya Kesehatan Kemkes tahun 2013.

Indeks *Barrier*

1. Waktu Tempuh ke Rumah Sakit

   Adalah ukuran keterjangkauan yang berupa waktu yang paling cepat dan mudah ke rumah sakit terdekat sesuai alat transportasi yang sering digunakan. Data yang digunakan dalam analisis adalah berupa persentase individu di masing-masing kabupaten/kota yang menjangkau rumah sakit dalam

waktu <= 60 menit. Sumber data yang digunakan adalah data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013.

2. Waktu Tempuh ke Puskesmas/pustu

   Adalah ukuran keterjangkauan dari sisi waktu yang paling cepat dan mudah ke Puskesmas/pustu terdekat sesuai alat transportasi yang sering digunakan. Data yang digunakan dalam analisis adalah berupa persentase individu di masing-masing kabupaten/kota yang menjangkau Puskesmas/pustu dalam waktu <= 30 menit. Sumber data yang digunakan adalah data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013.

3. Waktu Tempuh ke Praktik Dokter/Klinik

   Adalah ukuran keterjangkauan yang berupa waktu yang paling cepat dan mudah ke praktik dokter/Klinik terdekat sesuai alat transportasi yang sering digunakan. Data yang digunakan dalam analisis adalah berupa persentase individu di masing-masing kabupaten/kota yang menjangkau praktik dokter/Klinik dalam waktu ≤ 30 menit. Sumber data yang digunakan adalah data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013.

4. Waktu Tempuh ke Praktik Bidan/Rumah Bersalin

   Adalah ukuran keterjangkauan yang berupa waktu yang paling cepat dan mudah ke praktik bidan/Rumah Bersalin terdekat sesuai alat transportasi yang sering digunakan. Data yang digunakan dalam analisis adalah berupa persentase individu di masing-masing kabupaten/kota yang menjangkau praktik bidan/Rumah Bersalin dalam waktu ≤ 15 menit. Sumber data yang digunakan adalah data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013.

5. Biaya transport ke Rumah Sakit

   Adalah transportasi yang dikeluarkan untuk perjalanan dari rumah menuju rumah sakit untuk sekali perjalanan. Data yang digunakan dalam analisis adalah berupa persentase individu

di masing-masing kabupaten/kota yang mengeluarkan biaya ≤ Rp. 50.000 untuk menuju rumah sakit. Sumber data yang digunakan adalah data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013.

6. Biaya transport ke Puskesmas/pustu

   Adalah transportasi yang dikeluarkan untuk perjalanan dari rumah menuju Puskesmas/pustu untuk sekali perjalanan. Data yang digunakan dalam analisis adalah berupa persentase individu di masing-masing kabupaten/kota yang mengeluarkan biaya ≤ Rp10.000 untuk menuju Puskesmas/pustu. Sumber data yang digunakan adalah data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013.

7. Biaya transport ke Praktik Dokter/Klinik

   Adalah transportasi yang dikeluarkan untuk perjalanan dari rumah menuju praktik dokter/Klinik untuk sekali perjalanan. Data yang digunakan dalam analisis adalah berupa persentase individu di masing-masing kabupaten/kota yang mengeluarkan biaya ≤ Rp10.000 untuk menuju praktik dokter/Klinik. Sumber data yang digunakan adalah data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013.

8. Biaya transport ke Praktik Bidan/Rumah Bersalin

   Adalah transportasi yang dikeluarkan untuk perjalanan dari rumah menuju praktik bidan/Rumah Bersalin untuk sekali perjalanan. Data yang digunakan dalam analisis adalah berupa persentase individu di masing-masing kabupaten/kota yang mengeluarkan biaya ≤ Rp10.000 untuk menuju praktik bidan/Rumah Bersalin. Sumber data yang digunakan adalah data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013.

9. Kepemilikan Asuransi

   Adalah kepemilikan jaminan kesehatan yang dapat berupa Askes/JPK/PNS/Veteran/Pensiun, JPK Jamsostek, Asuransi Kesehatan swasta, Tunjangan kesehatan perusahaan,

Jamkesmas, Jamkesda. Data yang digunakan dalam analisis adalah berupa persentase individu di masing-masing kabupaten/kota yang memiliki jaminan kesehatan. Sumber data yang digunakan adalah data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013.

Indeks *Demand*

1. Cakupan Rawat Jalan di Rumah Sakit
   Adalah semua pelayanan yang diperoleh individu untuk observasi, diagnosis, pengobatan dan pelayanan kesehatan lainnya di Rumah Sakit tanpa dirawat inap dalam kurun waktu satu bulan terakhir. Sumber data yang digunakan adalah data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013.
2. Cakupan Rawat Jalan di Puskesmas/Pustu
   Adalah semua pelayanan yang diperoleh individu untuk observasi, diagnosis, pengobatan, dan pelayanan kesehatan lainnya di Puskesmas/Pustu tanpa dirawat inap dalam kurun waktu satu bulan terakhir. Sumber data yang digunakan adalah data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013.
3. Cakupan Rawat Jalan di Praktik Dokter/Klinik
   Adalah semua pelayanan yang diperoleh individu untuk observasi, diagnosis, pengobatan, dan pelayanan kesehatan lainnya di praktik dokter/klinik tanpa tinggal dirawat inap dalam kurun waktu satu bulan terakhir. Sumber data yang digunakan adalah data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013.
4. Cakupan Rawat Jalan di Praktik Bidan/Rumah Bersalin
   Adalah semua pelayanan yang diperoleh individu untuk observasi, diagnosis, pengobatan, dan pelayanan kesehatan lainnya di praktik bidan/Rumah Bersalin tanpa tinggal dirawat inap dalam kurun waktu satu bulan terakhir. Sumber data yang digunakan adalah data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013.

5. Cakupan Rawat Inap di Rumah Sakit
   Adalah pelayanan kesehatan kedokteran intensif yang diterima oleh individu dari fasilitas Rumah Sakit dalam kurun waktu satu tahun terakhir. Sumber data yang digunakan adalah data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013.
6. Cakupan Rawat Inap di Puskesmas/Pustu
   Adalah pelayanan kesehatan kedokteran intensif yang diterima oleh individu dari fasilitas Puskesmas/Pustu dalam kurun waktu satu tahun terakhir. Sumber data yang digunakan adalah data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013.
7. Cakupan Rawat Inap di Praktik Dokter/Klinik
   Adalah pelayanan kesehatan kedokteran intensif yang diterima oleh individu dari praktik Dokter/Klinik dalam kurun waktu satu tahun terakhir. Sumber data yang digunakan adalah data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013.
8. Cakupan Rawat Inap di Praktik Bidan/Rumah Bersalin
   Adalah pelayanan kesehatan kedokteran intensif yang diterima oleh individu dari praktik Bidan/Rumah Bersalin dalam kurun waktu satu tahun terakhir. Sumber data yang digunakan adalah data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013.

Lampiran 2

TABEL PEMERINGKATAN
INDEKS AKSESIBILITAS PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

Tabel 6.1 Peringkat Kabupaten/Kota Teratas berdasarkan Indeks Aksesibilitas

No	Kabupaten/Kota	Indeks Aksesibilitas	Peringkat
1	Kota Magelang	0,6464	1
2	Kota Banda Aceh	0,6275	2
3	Kota Padang Panjang	0,6057	3
4	Kota Madiun	0,5706	4
5	Kota Payakumbuh	0,5640	5
6	Kota Lhokseumawe	0,5627	6
7	Aceh Besar	0,5543	7
8	Kota Prabumulih	0,5503	8
9	Kota Langsa	0,5345	9
10	Kota Kediri	0,5276	10

Sumber: Hasil Olahan Peneliti

Tabel 6.2 Peringkat Kabupaten/Kota Terbawah berdasarkan Indeks Aksesibilitas

No	Kabupaten/Kota	Indeks Aksesibilitas	Peringkat
1	Sekadau	0,126	488
2	Mamberamo Raya	0,1146	489
3	Kepulauan Sula	0,1124	490
4	Buru Selatan	0,1055	491
5	Tambrauw	0,0978	492
6	Mamberano Tengah	0,0814	493
7	Lanny Jaya	0,08	494
8	Tolikara	0,0507	495
9	Nduga	0,0286	496
10	Intan Jaya	0,0162	497

Sumber: Hasil Olahan Peneliti

Tabel 6.3 Peringkat Kabupaten/Kota Teratas berdasarkan Indeks *Supply*

No	Kabupaten/Kota	Indeks *Supply*	Peringkat
1	Lampung (?)	0,4779	1
2	Bengkulu Tengah	0,4473	2
3	Tana Tidung	0,4342	3
4	Aceh Besar	0,4315	4
5	Aceh Jaya	0,4056	5
6	Kota Magelang	0,3987	6
7	Halmahera Tengah	0,3781	7
8	Aceh Timur	0,3732	8
9	Kota Sabang	0,371	9
10	Bireuen	0,3638	10

Sumber: Hasil Olahan Peneliti

Tabel 6.4 Peringkat Kabupaten/Kota Terbawah berdasarkan Indeks *Supply*

No	Kabupaten/Kota	Indeks *Supply*	Peringkat
1	Yahukimo	0,0525	488
2	Puncak Jaya	0,0508	489
3	Nduga	0,0463	490
4	Jembrana	0,0412	491
5	Sabu Raijua	0,0396	492
6	Gianyar	0,037	493
7	Buru Selatan	0,0337	494
8	Yalimo	0,0295	495
9	Intan Jaya	0,0264	496
10	Puncak	0,0251	497

Sumber: Hasil Olahan Peneliti

Tabel 6.5 Peringkat Kabupaten/Kota Teratas berdasarkan Indeks *Barrier*

No	Kabupaten/Kota	Indeks *Barrier*	Peringkat
1	Kota Payakumbuh	0,9455	1
2	Kota Padang Panjang	0,9303	2
3	Gianyar	0,9284	3
4	Kota Madiun	0,9173	4
5	Badung	0,9136	5
6	Kota Lhokseumawe	0,9113	6
7	Kota Denpasar	0,9072	7
8	Kota Banda Aceh	0,8978	8
9	Kota Tarakan	0,895	9
10	Kota Magelang	0,8941	10

Sumber: Hasil Olahan Peneliti

Tabel 6.6 Peringkat Kabupaten/Kota Terbawah berdasarkan Indeks *Barrier*

No	Kabupaten/Kota	Indeks *Barrier*	Peringkat
1	Barito Selatan	0,143	488
2	Kep, Siau Tagolandang Biaro	0,1398	489
3	Kepulauan Sula	0,1311	490
4	Lanny Jaya	0,1047	491
5	Tambrauw	0,0677	492
6	Mamberamo Tengah	0,0593	493
7	Mamberamo Raya	0,0413	494
8	Tolikara	0,017	495
9	Nduga	0,0109	496
10	Intan Jaya	0,0061	497

Sumber: Hasil Olahan Peneliti

Indeks

Buku ini mencoba menelisik kesenjangan yang terjadi antara wilayah kabupaten dengan kota, dan antara wilayah miskin dan non miskin pada semua pelayanan kesehatan yang tersedia, baik tenaga maupun fasilitas pelayanan kesehatan. Hasilnya menunjukkan bahwa memang pada hampir semua kategori kesenjangan tersebut tengah terjadi. Kesenjangan tidak terjadi hanya pada sisi supply antara daerah miskin dan non miskin saja.

Secara studi kasus, buku ini juga mengupas secara detail tentang aksesibilitas di Kabupaten Gresik dan Kabupaten Maluku Tenggara Barat. Sisi supply, barrier maupun demand, dibahas dengan melibatkan data laporan rutin, data survei Riskesdas dan Rifaskes serta pandangan dari para policy maker di tingkat kabupaten maupun dari para pelaku lapangan secara langsung.